المركز العربي الطبي الجراحي
مكتبة الثقافة الصحية
(١)

أمراض المرارة والقنوات الصفراوية

شارك في الإعداد والتأليف
د. سيد الحديدي
د. محمد جواد التركي

المركز العربي الطبي الجراحي

رئيس التحرير
د. سيد الحديدي

إهـــــداء2005

د./ سيد الحديدي

سوريا

المركز العربي الطبي الجراحي
مكتبة الثقافة الصحية
(١)

أمراض المرارة والقنوات الصفراوية

شارك في الإعداد والتأليف

د. سيد الحديدي   د. محمد جواد التركي

رئيس التحرير
د. سيد الحديدي

يصدر هذا الكتاب بالتعاون بين :

المركز العربي الطبي الجراحي بحلب

و

دار المعـــارف بحمص

التدقيق اللغوي والإشراف الفني :

محمـــد كـــرزون

الطبعة الأولى : كانون الثاني / ينايـــر ٢٠٠١

المحتويــات

مقدمة

حينما بدأنا العمل في مشفى (المركز العربي الطبي الجراحي)، اجتمعنا نحن العاملين به من أطباء اختصاصيين، وناقشنا سبيل العمل عند إقلاع المشفى، وما هي الخطة لتطويره مع مرور الوقت، وكان من أولويات خطط العمل هو كيفية مواكبة التطورات العلمية ، والتي تتسارع حولنا – ليس فقط في الدول الأوروبية، ولكن حتى في بلاد الجوار– وكان القرار بالإجماع أن نحاول أن نلحق بالركب، بل أن نعمل جاهدين كي نحصل على قصب السبق، وأن نكون مميزين علمياً، وتجهيزاً، وأداءً، ومسلكاً

ورأينا أن كل ذلك لن يتحقق إلا باللحاق بركب العلم، ووجدنا أنه لا يجب أن نتوقف عند ما حصّلْناه في كليات الطب، أو حتى أثناء التخصص هنا أو في الخارج، فالعلوم تتطور كل يوم، والتقنيات تتجدد بين ساعة وأخرى، والاكتشافات التشخيصية، والعلاجية، والجراحية تظهر في كل لحظة، وكثير من المفاهيم السائدة قد ثبت عدم جدواها أو حتى خطؤها، فبطل استعمالها، واكتشفت مفاهيم وأسس حديثة، بدأ الآخرون في تطبيقها، وجَنْيِ ثمارها، ورأينا أنه لا بد لنا من معرفة كل ذلك أولاً، وتعلمه وإتقانه ثانيا، وتطبيقه ثالثاً.

آمنا بأن العلم هو السبيل إلى التقدم، وهو الطريق إلى التَميُّز، وهو الصراط الذي يوصلنا إلى التطور، وإذا كان الأمر كذلك، فقد ناقشنا كل الوسائل التي نحقق بها هذا الهدف، وتباحثنا في كل الطرق التي تجعل من هذه المؤسسة الطبية مركزاً ينيره العلم، ويشعّ منه أضواء المعرفة، فنتعلم ممن هم أكثر منا علماً واطلاعا ومعرفة، ونسعد بأن يشاركنا غيرنا ما أتاحته الفرص لنا من علم نقدمه لهم، ونتجادل معهم حوله، ويحاورونا ونحاورهم.

اتفقنا في المركز العربي الطبي الجراحي منذ اليوم الأول أن نبدأ بمحاضرات علمية كل خمسة عشر يوماً ، يقدم فيها أحد الزملاء كل ما هو جديد مما سمحت له ظروفه بالاطلاع عليه، وفي مواضيع طبية مختلفة، وفي قاعة المحاضرات بالمشفى، جلسنا مع الزملاء المدعوين نستمع ونناقش ونجادل، واستفاد الجميع من تلك المحاضرات، وشجعنا زملاء من خارج المشفى أن يزودونا بكل جديد، واستجاب البعض، وما زلنا في انتظار الآخرين.

ومن ضمن الفعاليات العلمية، طلبنا من كل من تمكن حضور أحد المؤتمرات العالمية الحديثة، أن يتكرم ويحضر ليعطينا ملخصاً عما سمعه وعما رآه، وقد نجحت الفكرة تماماً، وسنواصل العمل على تعميمها، وفي دعوة كل من يودّ أن يشارك فيها سواء بالاستماع أو المناقشة أو التعليق.

كذلك من ضمن الفعاليات العلمية التي تم إنجازها، عرض بعض الحالات التي أُشكل في تشخيصها أو معالجتها، أو حدثت بعض الاختلاطات أثناء تدبيرها، ومناقشة تلك الحالات مع معظم الاختصاصيين بالمشفى أو من يحضر من الزملاء من خارج المشفى ، ونتلقى من الجميع كل الآراء والاقتراحات حول الاستقصاءات ، والمعالجات ، الخ...

ولم يقتصر النشاط العلمي في التوجه إلى الاختصاصيين والأطباء، بل اهتممنا كثيراً بتوجهنا نحو الهيئة التمريضية، فنظمت لهم محاضرات دورية من كافة الأخصائيين، إيمانا منا بأن دور التمريض في العناية بالمريض له نفس الأهمية التي تبذل من قبل الأطباء.

إن الوسائل التي يمكن أن نسلكها في مشوارنا نحو التعلم لا حصر لها. كل ماهو مطلوب أن تكون هناك الرغبة الحقيقية في المعرفة، والسعي الجاد وبكل الوسائل في الحصول عليها، وتشجيع الإنسان الذي يبذل الكثير من وقته، وماله، وحياته، فيأتي ويقدم لنا تلك المعرفة، نشجعه، ونشد على يديه، ونقف له إجلالاً.

وفي مشوارنا في طريق المعرفة كان علينا ألاّ أن ننسى المريض، وهو هدف العمل الطبي من أوله إلى آخره، ومن أجل ذلك اقترح بعض الزملاء العاملين في مشفى المركز العربي الطبي الجراحي، أن يمتد النشاط العلمي والتثقيفي إلى المرضى وذويهم، بل كل أفراد المجتمع بشكل عام والذي يريد أن يكتسب ثقافة صحية جيدة. ودرست هذه الفكرة، ودعمها مدير المشفى وفريق العاملين فيه، وتقرر أن يعملوا على إصدار سلسلة تحت عنوان « **مكتبة الثقافة الصحية** » ، وأوكلوا رئاسة تحريرها للدكتور سيد الحديدي.

لقد اتُفق على أن يحتوي كل كتيب من هذه الكتيبات موضوعاً طبياً واحداً، يكتبه أحد الاختصاصيين، أو أكثر من واحد، يتناول فيه هذا المرض أو الموضوع من كل نواحيه، بلغة سهلة جداً، يستطيع أن يتابعها كل من أوتي حظاً من الثقافة، وتجيب عن كل التساؤلات التي تطرح على الأطباء من قبل المرضى أو ذويهم، وتلقي الضوء على كل ما هو جديد ونافع بالنسبة لهذا الموضوع.

لقد اتفق جميع العاملين في مجال التعليم على أن أهم وأسهل طريقة للتعلم تتم عن طريق طرح سؤال، ثم الإجابة الصحيحة والمثالية عليه. وسنحاول في هذه السلسلة أن نتَّبع هذا الأسلوب، وسيكون اختيار الأسئلة بناءً على خبرة الكاتب أثناء تعامله مع مرضاه، والأسئلة التي طرحت عليه أثناء الاستجواب أو الفحص، وستكون الإجابة على هذه الأسئلة، سهلة وميسرة على الفهم، ومتبوعة بكل وسائل الإيضاح الممكنة، من صور ورسوم، وأفلام شعاعية إلخ ...

سنخصص هذا الكتيب الأول لأمراض المرارة ، والطرق الصفراوية، وسنتعرض لشرح بسيط للوصف التشريحي للجهاز المراري، ثم نتناول عمل هذا الجهاز وفائدته، ونقوم بشرح أهم الأمراض التي تصيب المرارة والطرق الصفراوية، وسيكون الحديث عن الأمراض النادرة وغير الشائعة مختصراً، ولكن سنحاول أن نشرح الأمراض الشائعة مثل الحصيات المرارية، والتهاب المرارة الحاد والمزمن، بشكل مفصل نسبياً.

هــذا الكتيب هو باكورة ما نتمنى أن نقدمه على التوالي من تلك الكتيبات عن الثقافة الصحية، وهو جهد جديد في مشوار المعرفة الذي اتخذه المركز العربي الطبي الجــراحي والعامــلين فيــه، كــأحد أهم الأهداف التي يسعون إليها، ويعضون عليها بالــنواجذ، والاســتمرارية في إخراج تلك الكتيبات يعتمد أولاً وأخيراً على تشجيعكم، ودعمكم، وتقبلكم لهذه الفكرة.

يقول الله (ﷻ) : **" يرفع الله الذين آمنوا منكم والذين أوتوا العلم درجات "** .

ويقــول الرسول الكريم (ﷺ) : « **تعــلموا العلم، فإن تعلمه لله خشية، وطلبه عــبادة، ومذاكــرته تسبيح، والبحث عنه جهاد، وتعليمه لمن لا يعلمه صدقة، وبذله لأهلــه قُربى** » ، وبذلك يكون الرسول الكريم قد جمع كلّ الفضائل في تحصيل العلم، أفلا يكون العلم بعدها فضيلة الفضائل ؟!

أود أن أشكر في النهاية كل من ساعد في إخراج هذا الكتيب، وأخص بالذكر الأستاذ محمد كرزون الذي راجع النص لغوياً، وبذل جهداً كبيرا في إخراجه، وخالص تقديري للأستاذ نصر الدين فارس وأولاده، أصحاب دار المعارف بحمص على كل ما قدمــوه مــن مســاعدات في طباعة ونشر هذا الكتاب، وما سيتبعه من أجزاء أخرى، وأحب أن أقدم الشكر للأستاذ محمد بحبوح لتنضيده النص الأصلي .

رئيس التحرير

سيد الحديدي

أيلول/سبتمبر ٢٠٠٠

الباب الأول

التشريح والفزيولوجيا

- أولاً : الوصف التشريحي للجهاز المراري
- ثانياً : فزيولوجية الجهـــاز المراري

الباب الأول

التشريح والفزيولوجيا

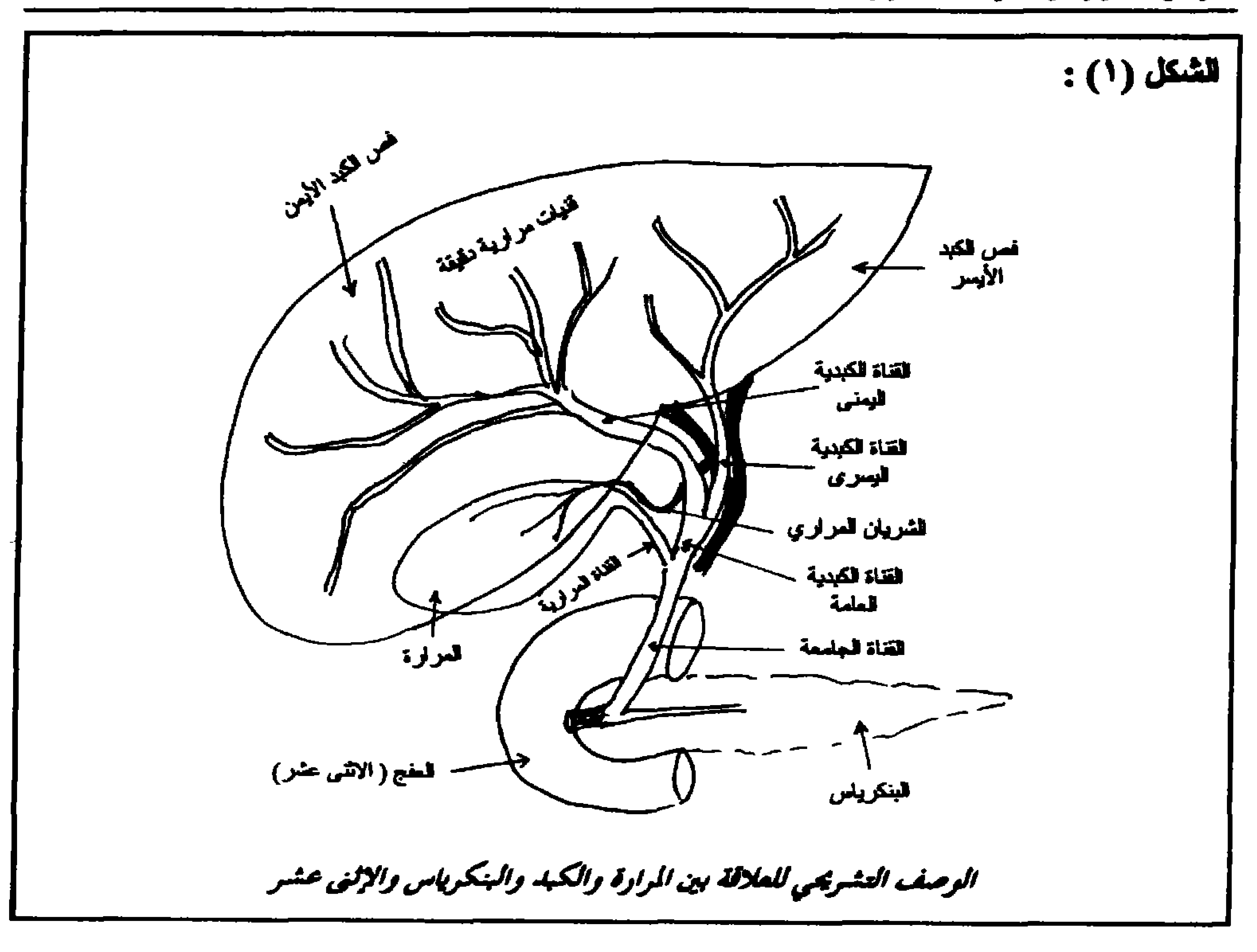
أولاً : الوصف التشريحي للجهاز المراري :

يمكن تشبيه الجهاز المراري - والذي يشمل المرارة والطرق الصفراوية - بـنهر يـبدأ بالـروافد الصغيرة، التي تتجمع لتكون فروعاً وقنوات أكبر، لتنتهي بالمجـرى الرئيسي للنهر، والذي ينتهي في المصب، وحتى يتم التشبيه، يوجد سد تتجمع خلفه المياه في خزان كبير، تسحب منه المياه في وقت الحاجة.

يـبدأ الجهاز المراري بروافد دقيقة جداً في داخل الكبد، وظيفتها حمل سائل الصفراء المصنوع في داخل الخلايا الكبدية، تتجمع هذه الروافد في قُـنَيَّات أكبر، ثـم تصب في قنوات أوسع إلى أن تنتهي في فرعين أساسيـين، أحدهما يأتي من الفـص الأيمـن للكـبد، والآخر من الفص الأيسر، ويسمى كل فرع بالقنـاة الصفراوية، (الشكل ١).

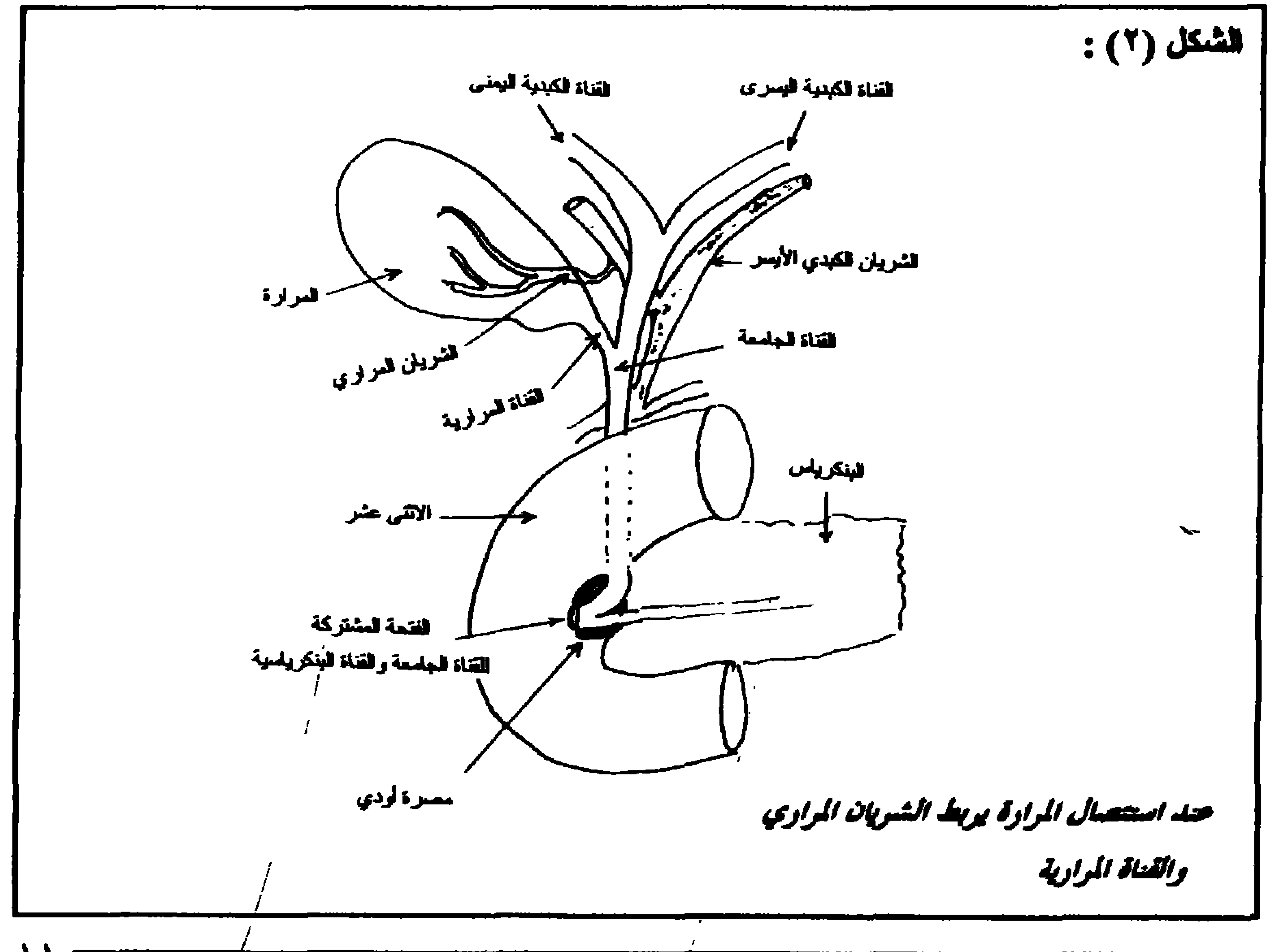
تـتحد القناتان، اليمنى واليسرى، في قناة واحدة تسمى القناة الكبدية العامة. تـتحد القـناة المرارية الآتية من كيس المرارة مع القناة الكبدية العامة، ليكونا قناة واحـدة تسمى القناة الصفراوية الجامعة common bile duct (وللتبسيط سنطلق عليها القناة الجامعة). تصب هذه القناة في الجزء الثاني من العفج (الإثنى عشر)، في نتوء يدعى أنبورة فاتر Ampulla of Vater ، ويحيط بنهاية القناة الجامعة مصَرَّة (عضلة قابضة) تسمى مصرة أودّي Sphincter of Oddi ، تتحكم هذه المصرة بجريان سائل الصفراء داخل العفج (الشكل ٢).

الشكل (١) :



الوصف التشريحي للعلاقة بين المرارة والكبد والبنكرياس والإثنى عشر

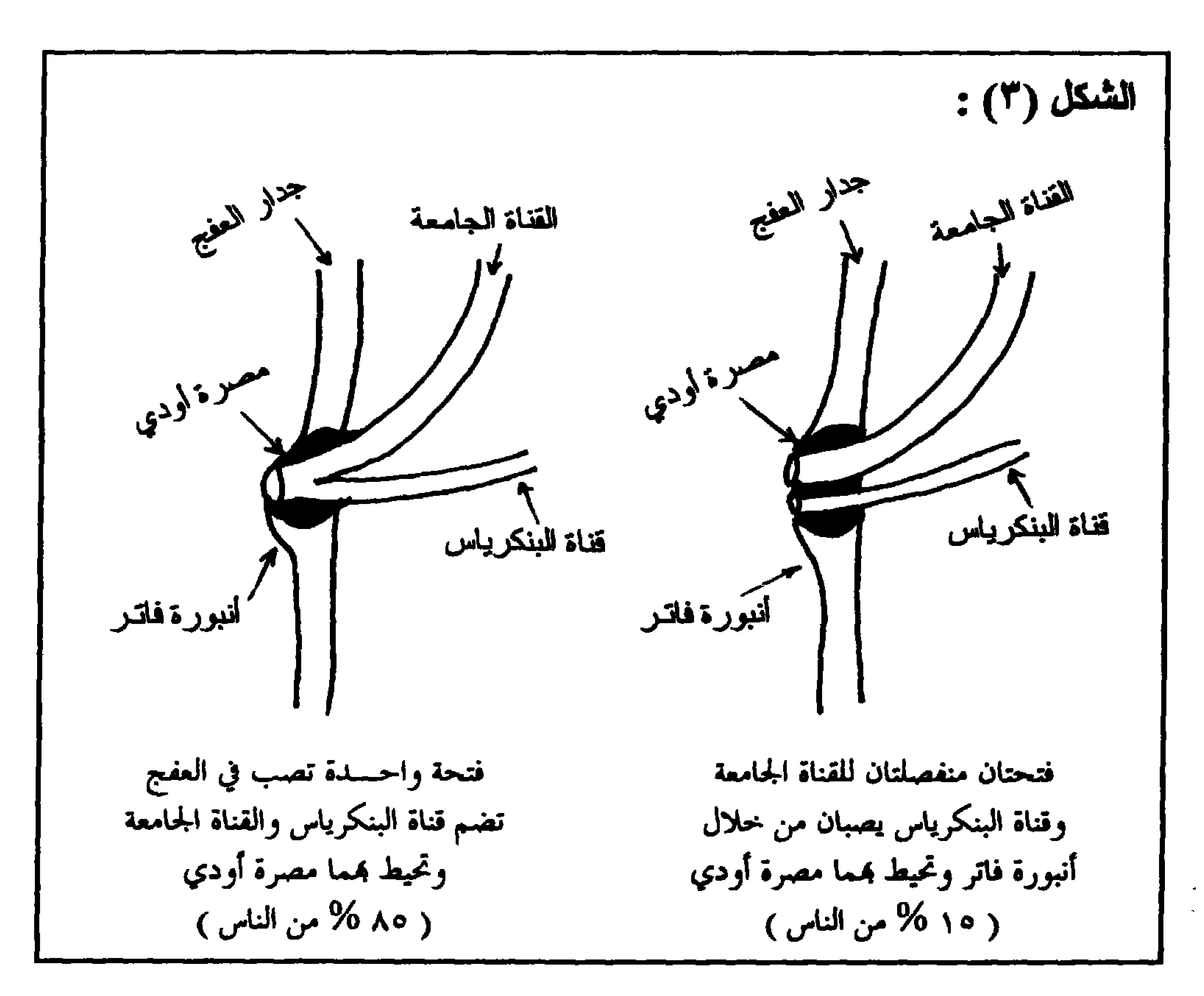
الشكل (٢) :



عند استئصال المرارة يربط الشريان المراري والقناة المرارية

مـــن المهـــم أن يتم شرح - ولو بشكل مبسط - علاقة نهاية القناة الجامعة بـــنهاية قناة البنكرياس، لما لذلك من أهمية في أمراض الجهاز المراري وأمراض البنكرياس . توجـــد فتحة واحدة تضم فتحة القناة الجامعة وفتحة قناة البنكرياس في (٨٥ ٪) من الناس، وأما النسبة الصغرى من الناس (١٣ ٪)، فلديهم فتحة منفصلة لكل من القناتين (الشكل ٣).

الشكل (٣) :



فتحتان منفصلتان للقناة الجامعة وقناة البنكرياس يصبان من خلال أنبورة فاتر وتحيط بهما مصرة أودي (١٥ % من الناس)

فتحة واحـــدة تصب في العفج تضم قناة البنكرياس والقناة الجامعة وتحيط بهما مصرة أودي (٨٥ % من الناس)

ثانياً : فيزيولوجية الجهاز المراري (تكوين الصِفراء، إفرازها، ووظائفها):

تصـــنع الخلايـــا الكبدية سائل الصفراء ويقوم الجهاز المراري بنقله وينظم دخولـــه إلى الأمعـــاء. يصـــنع الكبد حوالي (٤٠-٥٠) مل من سائل الصفراء في الساعة، أي حوالي لتر واحد من هذا السائل يومياً.

ما هي مكونات السائل الصفراوي ؟

يتكون السائل الصفراوي من ماء، تذوب فيه مركبات كثيرة جداً، ما يهمنا منها ثلاثة مركبات؛ أملاح الصفراء، والأصبغة الصفراوية، وبعض الشحوم مثل الكولستيرول والشحوم الفسفورية.

أملاح الصفراء : تُصنَّع هذه الأملاح في الكبد من الكولستيرول فقط، وتتراوح كميتها في الجسم بين (٢ – ٥) غرام، يفرزها الكبد كلها في السائل الصفراوي داخل الأمعاء لتؤدي وظيفتها، ثم يعاد امتصاصها لتذهب مرة أخرى إلى الكبد، وتتكرر هذه الدورة عدة مرات يومياً، لا يُفقَد من هذه الأملاح الصفراوية في البراز إلا كمية قليلة لا تزيد عن (٥٪)، يتم تصنيع بدلاً عنها في الكبد يومياً.

وللأملاح الصفراوية وظائف هامة جداً في الأمعاء أهمها :

- تلعب دوراً هاماً جداً في هضم الدهون والزيوت الموجودة في الطعام حتى تتمكن الأمعاء من امتصاصها.
- لا تمتص الدهون والزيوت المهضومة إلى الدم، إلا بعد اتحادها مع الأملاح الصفراوية. من أجل ذلك حينما يحدث انسداد في القناة الجامعة، ولا تنزل هذه الأملاح الصفراوية إلى الأمعاء، لا تمتص الدهون ويصبح البراز دهنياً.
- تساعد الأملاح الصفراوية على تحريك الأمعاء وعدم ركودة الطعام فيها.
- تمنع الأملاح الصفراوية التعفن داخل الأمعاء.
- الأملاح الصفراوية هي أهم عامل منشّط لإفراز السائل الصفراوي من الكبد.
- التوازن بين نسبة الأملاح الصفراوية والمركبات الأخرى في داخل المرارة هي العامل الأساسي في عدم تكوّن حصيات المرارة.

من أجل كل هذه الوظائف، تعتبر الأملاح الصفراوية الموجودة في السائل الصفراوي أحد أهم المركبات التي يفرزها الكبد.

الأصـــبغة الصــفراوية : الأصــبغة الصــفراوية هي ناتج استقلاب خضاب الدم (الهيموغــلوبين) ومركــبات أخــرى. من المعروف أن (١٪) تقريباً من الكريات الحمـــراء الموجــودة بالجسم تتحطم يومياً، ويخرج منها حوالي ستة غرامات من الهيموغــلوبين، حيث يستقلب في داخل الكبد وأماكن أخرى، مكوناً (٢٥٠-٣٠٠) ميــلي غرام من البليروبين (أصبغة صفراوية)، يطرح الكبد هذا البليروبين بشكل أساسي مع الصفراء إلى الأمعاء حيث يطرح في البراز.

مــن أجــل ذلــك، إذا حدث انسداد في الطرق الصفراوية، وخاصة القناة الجامعــة، لا تطرح هذه الأصبغة الصفراوية، وتحتبس في الدم، ويظهر ذلك على شــكل يرقان (أبو صفار)، علماً أنه يوجد أسبابٌ أخرى لارتفاع البليروبين في الدم غير الأسباب الانسدادية.

الكولســتيرول والشــحوم الفســفورية : يــلعب الكبد دوراً رئيسياً في استقلاب الكولستيرول والشحوم بشكل عام. يُصَــنِّع الكبد الكولستيرول، ثم يحوّل جزء كبيراً مــنه إلى مركــبات هامـــة جــداً، مثل الأملاح الصفراوية، وفيتامين (د)، وبعض الهــرمونات الذكــرية والأنــثوية، وبعض الهرمونات الأخرى، إلا أن الزائد من الكولســتيرول يطــرح في السائل الصفراوي، حتى يظل هناك توازن بين التصنيع والطــرح، فــلا تــزداد كميته في الدم، ويؤدي إلى آثار جانبية ضارة مثل تصلب الشــرايين، مــن أجل ذلك يختل هذا التوازن في حالات كثيرة منها أمراض الكبد، وكذلــك إذا حدث احتباس أو إعاقة لجريان السائل الصفراوي نحو الأمعاء، عندها يقل طرح الكولستيرول وتزداد نسبته في الدم.

نخلص مما سبق إلى أن السائل الصفراويّ له وظيفتان أساسيتان، الأولى إفرازية مثل إفراز أملاح الصفراء، والثانية طرح المواد التي يريد أن يتخلص الجسم منها، مثل الأصبغة الصفراوية، ومركبات كثيرة أخرى تتكون نتيجة تقويض واستقلاب المواد الغذائية، والأدوية وخلاف ذلك.

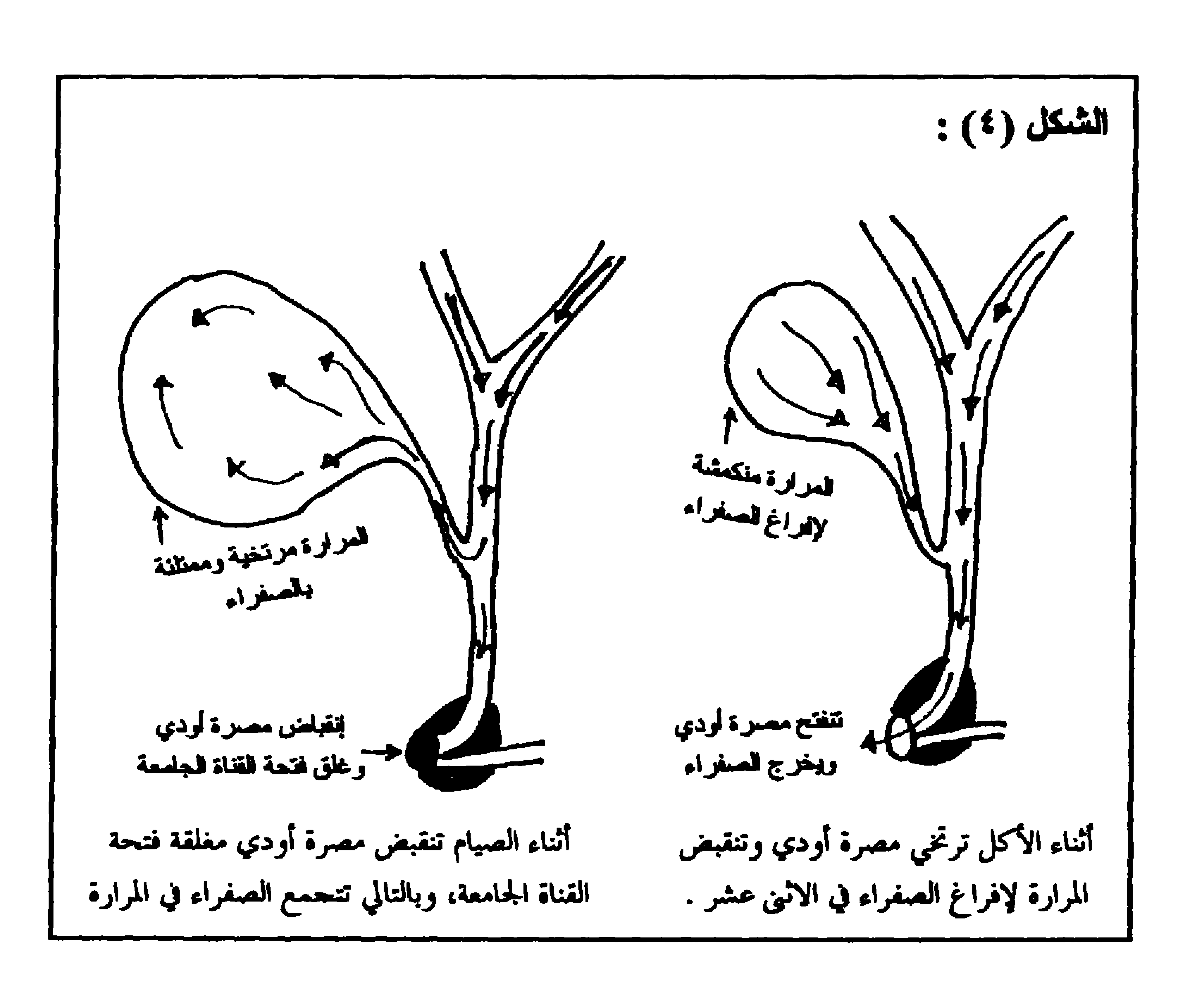
كيف يُفرَز السائل الصفراوي، وما هي وظيفة المرارة ؟

سبق وذكرنا أن الكبد يُكَوِّن بين (٤٠ - ٥٠) مل من السائل الصفراوي كل ساعة (أي حوالي لتر في اليوم) ، يمر هذا السائل في القنوات المرارية داخل الكبد حـــتى يصـــل أخيـــراً إلى الفرعين الرئيسيـــين، اللذين يتحدان ليكونا القناة الكبدية العامة. بعد حوالي (٢,٥) سم، تتصل بها القناة المرارية لتكوّنا معاً القناة الصفراوية الجامعة (القناة الجامعة)، والتي تنتهي بمَـــصَرَّة أودّي.

أثـــناء عـــدم تـــناول الطعام تكون مصرة أودّي مغلقة، وبالتالي لا يستطيع الســـائل الصفراوي أن يمر إلى الأمعاء، ولا يكون أمامه أي طريق سوى الدخول إلى المرارة عبر القناة المرارية، ويخزن داخل المرارة وحيث أن استيعاب المرارة محدود، فلا تستطيع أن تخزن إلا في حدود (٥٠ - ١٠٠) مل، لذلك يتم امتصاص الماء وبعض الأملاح من هذا السائل داخل المرارة، ويصبح مركّزاً ، ونسبة تركيزه من خمسة إلى عشرة أضعاف (الشكل ٤).

بعـــد تناول الطعام ووصوله إلى الأمعاء، تأتي إشارات عصبية وهرمونية إلى مَصَـــــرَّة أودّي فتجعلها ترتخي، وإشارات أخرى إلى المرارة تجعلها تنقبض، ويحصل نتيجة لذلك خروج السائل المراري المركّز من المرارة، ومروره في القناة الجامعة إلى الأمعاء حتى يؤدي وظائفه الهامة التي ذكرت سابقاً.

عـــند الانتهاء من الطعام، وامتصاص المواد الغذائية، لا يعود هناك حاجة إلى الســـائل الصـــفراوي، فتنقبض مصرة أودّي، وترتخي المرارة لاستقبال السائل الصفراوي وتخزينه وتركيزه مرة أخرى. يتضح من كل ذلك أن الجهاز الصفراوي جهاز نشيط، يعمل باستمرار على تكثيف الصفراء ونقلها إلى الأمعاء، في الأوقات المناسبة، وبشكل فعّال.



أثناء الأكل ترتخي مصرة أودي وتنقبض المرارة لإفراغ الصفراء في الاثنى عشر .

أثناء الصيام تنقبض مصرة أودي مغلقة فتحة القناة الجامعة، وبالتالي تتجمع الصفراء في المرارة

الباب الثاني

الطـرق التشـخيصية

الباب الثاني

الطرق التشخيصية

أولاً : الطرق التصويرية :

١) التصوير البسيط

٢) التصوير الظليل

٣) التصوير بالإيكو

٤) التصوير الطبقي المحوسب

٥) تصوير الأوعية الصفراوية عبر الجلد PTC

٦) تصوير الأوعية الصفراوية والبنكرياسية التنظيري الراجع ERCP

٧) التصوير بالنيوكليد المشع

ثانياً : الاستقصاءات المخبرية :

١) الاستقصاءات قبل العمل الجراحي

٢) استقصاءات الانسداد في الطرق المرارية

٣) استقصاءات التهابات الجهاز المراري

٤) استقصاءات الأجهزة المتعلقة بالجهاز المراري (الكبد، البنكرياس)

٥) استقصاءات الأورام .

الباب الثاني
الطرق التشخيصية

تمهيد :

حينما يراجع المريض طبيبه، ولديه شكاية ما، يقوم الطبيب بأخذ قصة مَرَضية مفصلة عن هذه الشكوى، وكلما كان الطبيب صبوراً ودقيقاً في أخذ تفاصيل الشكاية وما يتعلق بها، وبقدر ما يكون المريض متعاوناً، ومدركاً أهمية هذه الأسئلة، كان التوصل إلى حقيقة المرض أسرع والتشخيص أدقّ والعلاج أنجع. بعد ذلك يأتي الفحص السريري، ويشمل الفحص العام، مثل أخذ الحرارة والنبض والضغط وعدد مرات التنفس، ثم ينتقل إلى فحص الأجهزة، كجهاز الدوران والتنفس، والجهاز العصبي، مركزاً على الجزء الذي تدور حوله الشكاية، وبعد أخذ القصة وإجراء الفحص السريري، يكون الطبيب قد كوّن فكرة عن احتمال وجود أحد الأمراض، أو اتجه نحو مجموعة من الأمراض التي يريد أن يثبت أو ينفي أحدها .

وهنا يأتي دور الاستقصاءات والتي سترجح أو تؤكد أحد التشاخيص، وتفرق بين مرض من مجموعة من الاحتمالات. والاستقصاءات في أمراض الجهاز المراري تتركز في بعض الأساليب التصويرية، وأحياناً اللجوء إلى بعض الأنواع المختلفة من التنظير الداخلي Endoscopy ، وأخيراً قد تُطلب بعض الفحوص المخبرية.

إننا حينما نشرح هذه الوسائل التشخيصية المختلفة، لن ندخل في تفاصيل لا يحتاج إليها من يوجه إليه هذا الكتيب، ولكن الهدف من شرحها هو محاولة تعريف المريض أو مرافقيه عن معنى هذه الاستقصاءات ؟ كيف يتم إجراؤها ؟ لماذا تطلب؟؟ ما هي نتائجها وفوائدها ؟. إن تثقيف المريض وأهله ومرافقيه، بل معرفة أي فرد بهذه الأمور شيء هام جداً، سيسهل الممارسة بالنسبة للطبيب، ويتقبلها المريض حينما يعلم جدواها .

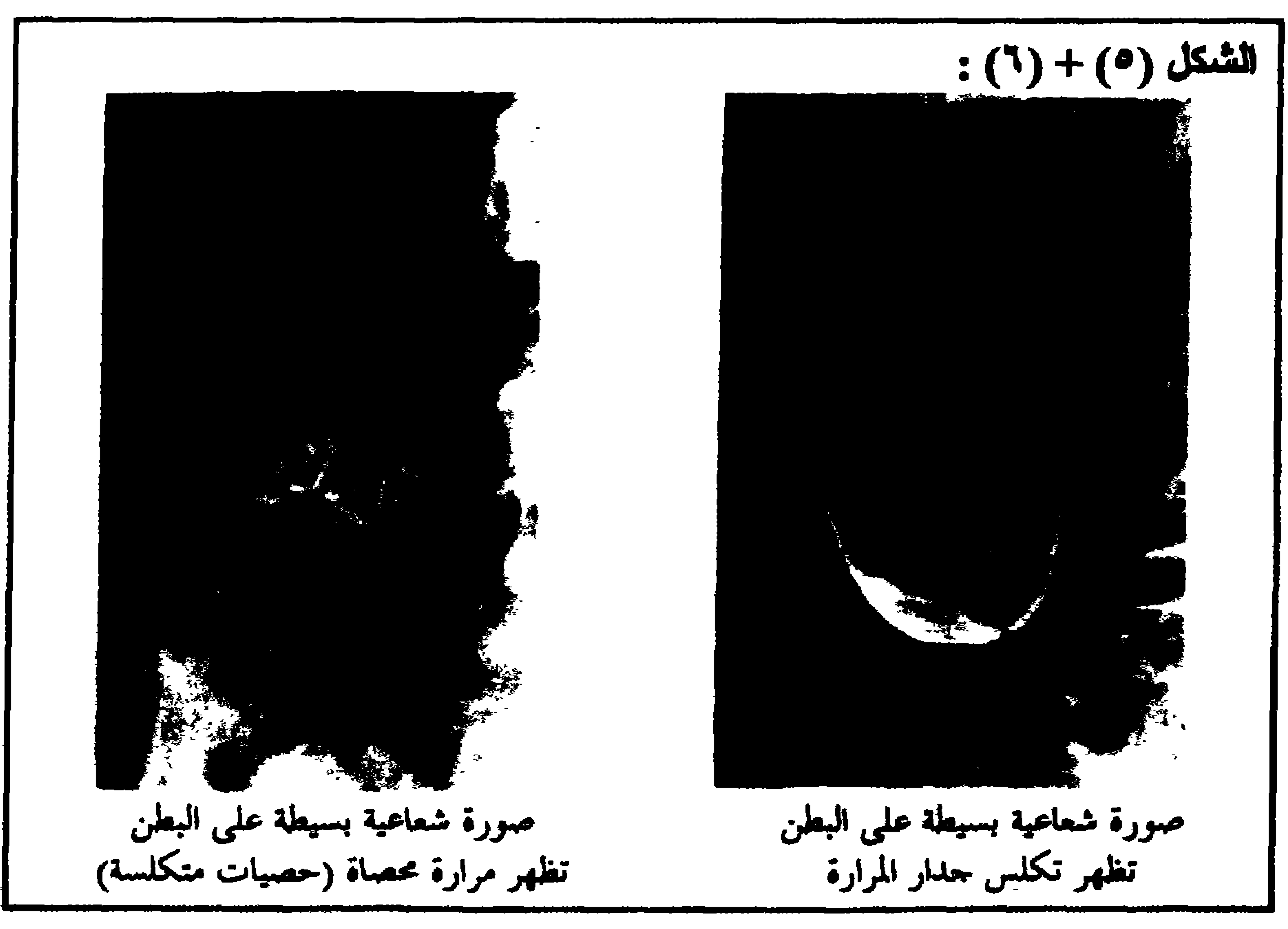
أولاً : الطرق التصويرية

١- الصورة الشعاعية البسيطة على البطن :

لقد ذكرنا سابقاً أن معظم أمراض الشجرة الصفراوية والمرارة تنجم عن الحصيات المرارية وما ينجم عنها من اختلاطات، وبالتالي فقد تفيد الصورة الشعاعية البسيطة على البطن، لإظهار تلك الحصيات سواء في المرارة أو إحدى قنوات الشجرة المرارية . ولكن حتى تظهر تلك الحصيات لا بد أن يكون في تركيبها كمية كافية من الكلسيوم (الشكل ٥).

وللأسف الشديد فإن (١٠-١٥٪) فقط من حصيات المرارة هي التي يتوفر فيها هذا الشرط، وبالتالي فإن (١٠-١٥٪) فقط هي التي تشاهد بالصورة البسيطة. من أجل ذلك قلّ جداً استخدام هذه التقنية للكشف عن الحصيات المرارية، ولا تُطلب إلا في حالات خاصة تهم الاختصاصيين، لإظهار تكلس جدار المرارة أو لإثبات وجود هواء في القنوات المرارية أو المرارة... الخ (الشكل ٦).

الشكل (٥) + (٦) :



صورة شعاعية بسيطة على البطن تظهر تكلس جدار المرارة

صورة شعاعية بسيطة على البطن تظهر مرارة محصاة (حصيات متكلسة)

٢- الصورة الشعاعية بأخذ مادة ظليلة عن طريق الفم :

كـــان التصـــوير الشـــعاعي للمرارة يتمّ بأخذ مادة ظليلة عن طريق الفم هي الوســـيلة المفضـــلة عند جميع الأطباء قبل استعمال السونار (الإيكو)، ورغم عدم شـــيوع اســـتعمالها فـــي الوقـــت الحاضر، إلا أن بعض الاختصاصيين ما زالوا يفضلونها، لأنها أحسن الوسائل جميعاً في إظهار الشكل التشريحي للمرارة.

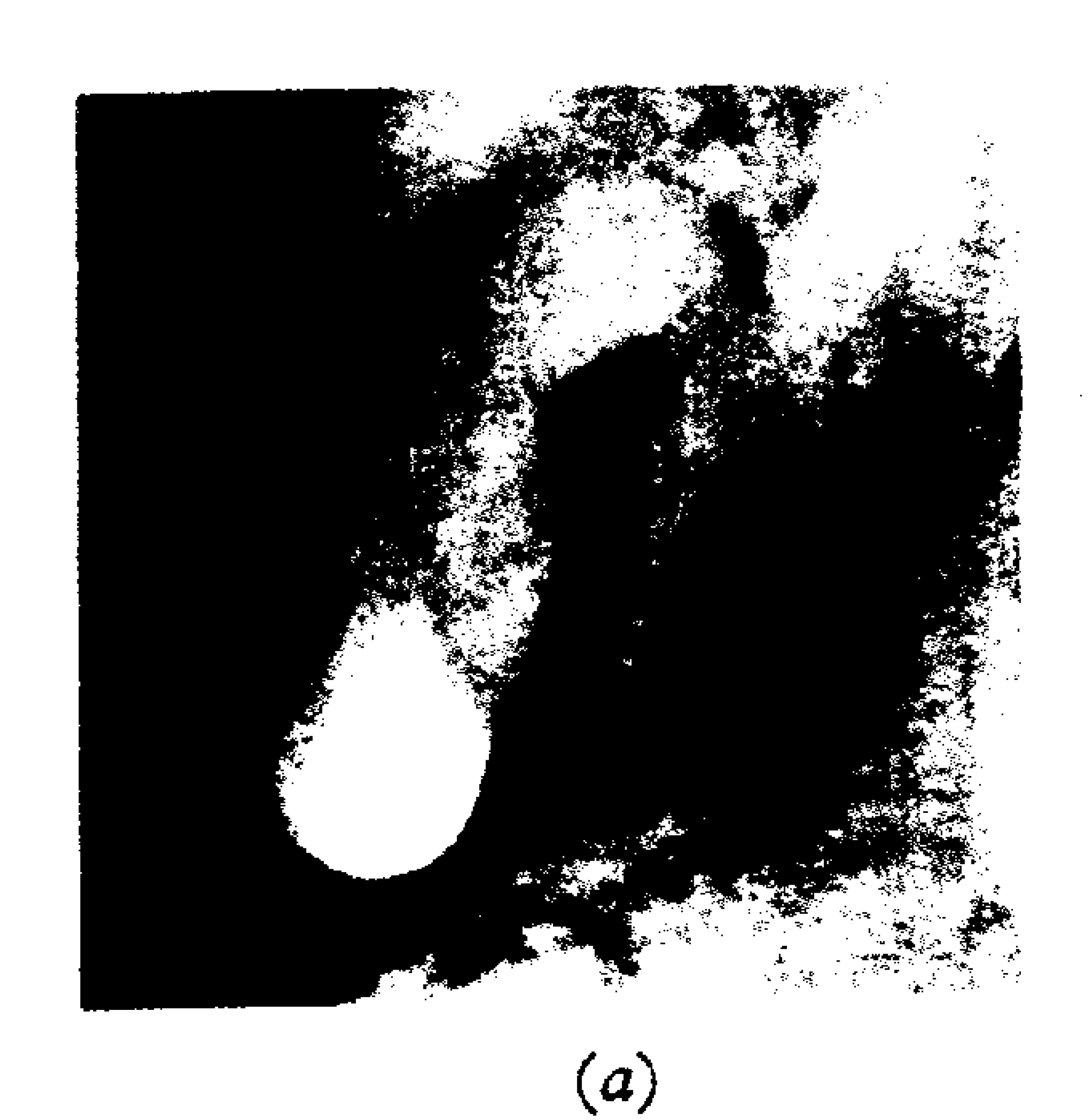
إذا تقـــرر إجراء هذا الفحص يصور المريض صورة شعاعية بسيطة الساعة السادســـة مساءً في اليوم السابق لأخذ الصور الظليلة، ويطلب منه أخذ وجبة عشاء تحتوي على بعض الدسم . ثم يعطى له بعض أقراص المادة الظليلة مع كوب ماء ليأخذهـــا الساعة التاسعة مساءً، بعدها يطلب منه عدم أخذ أي طعام أو شراب حتى صباح اليوم التالي في الساعة التاسعة صباحاً تؤخذ صورة على الجزء العلوي من البطن في حالة الوقوف وحالة الاستلقاء.

بعـــد ذلك يفطر المريض ويفضل أن يحتوي الفطور على زبدة وبيض حتى تُحـــرِّض المرارة على الانقباض، ثم تؤخذ صورة جديدة . إذا أجريت هذه الطريقة بشكل صحيح، ولم تكن هناك موانع لاستعمالها، فإنها تعطي صوراً جيدة للحصيات بنسبة تصل إلى (٩٠ - ٩٥٪) (الشكل ٧أ ، ٧ب) .

إن مبدأ التصوير الظليل عن طريق الفم، هو أن المادة الظليلة الموجودة في الأقـــراص تمتص في الأمعاء الدقيقة، لتصل إلى الكبد، فيفرزها في مادة الصفراء الـــتي تحملها الشجرة الصفراوية لتصل إلى القناة المرارية ثم المرارة، حيث تكثف هـــناك، وتعطـــي بالتصوير ظلاً واضحاً للمرارة، وتظهر الحصيات بأشكال شفافة داخل المرارة .

بـــناء عـــلى الشرح السابق يمكن أن نستـــنتج أن أمراض الأمعاء التي تقلل الامتصاص، أو أمراض الكبد التي تمنع إفراز الصفراء، أو انسداد القناة المرارية، وبالـــتالي عـــدم دخـــول الصفراء إلى المرارة، وأخيراً إذا كانت المرارة نفسها لا تســـتطيع تركيـــز الصفراء، كلّ هذه الأسباب وغيرها تكون عوائق لاستخدام هذه التقنيات، أو الحصول منها على نتائج جيدة، وعلى كلّ حال فقد تناقص بشكل كبير استعمال هذه الوسيلة في الوقت الحاضر بعد استخدام الآليات الأخرى من التصوير (الإيكو، والطبقي المحوسب... الخ).

الشكل (٧ آ) :



(a)

مرارة غير محصاة بعد أخذ
مادة ظليلة عن طريق الوريد
(المرارة مرتخية وممتلئة)



(b)

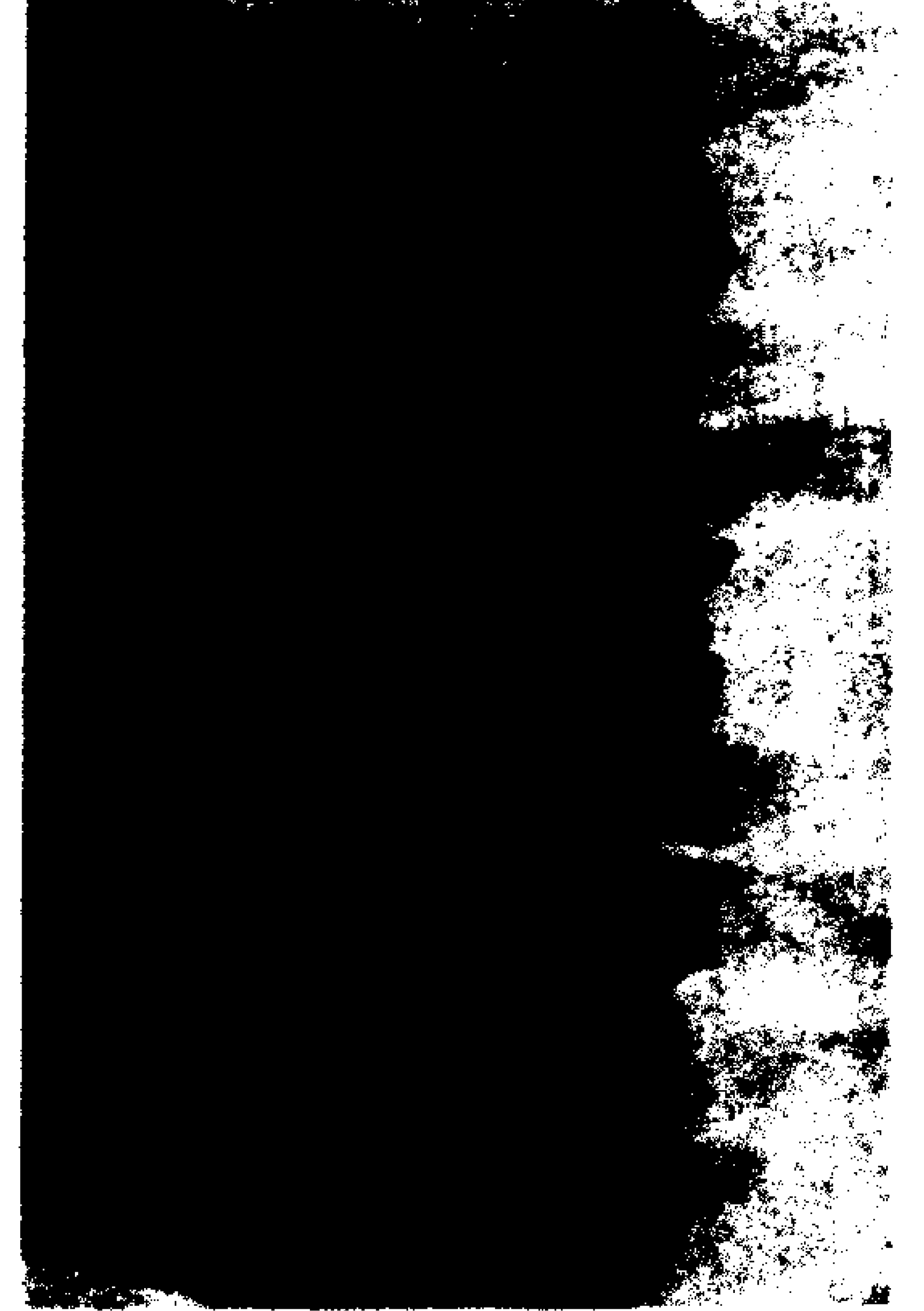
نفس المرارة بعد تناول وجبة
تحتوي علي مواد دهنية
(المرارة منقبضة مُفرغة ماها من صفراء)

الشكل (٧ ب) :





صورة ظليلة للمرارة ، تظهرها متوسعة
بسبب حصاة موجودة في نهاية القناة الجامعة



مرارة بها حصيات صغيرة ، وطحل في القاع
ظهرت بعد أخذ مادة ظليلة عن طريق الفم

٣- التصوير بالإيكو :

بعد الانتشار الواسع لأجهزة الإيكو أصبح التصوير بهذا الجهاز للكشف عن أمراض الجهاز المراري هو المفضل، والأكثر شيوعاً هذه الأيام، لعدة أسباب منها؛ أن التقـنية بسـيطة جداً ولا تحتاج لأي تحضير خاص، كما يمكن لهذه التقنية أن تظهر أي توسع في الشجرة الصفراوية خارج أو داخل الكبد. من ناحية أخرى يتم كشـف توسـع القـناة الجامعة في حوالي (٩٠٪) من حالات الانسداد لأي سبب (حصاة، ورم، تضيق)، كما يتم الكشف الإيجابي عن حصيات المرارة في (٩٥٪) من الحالات (الشكل ٨).

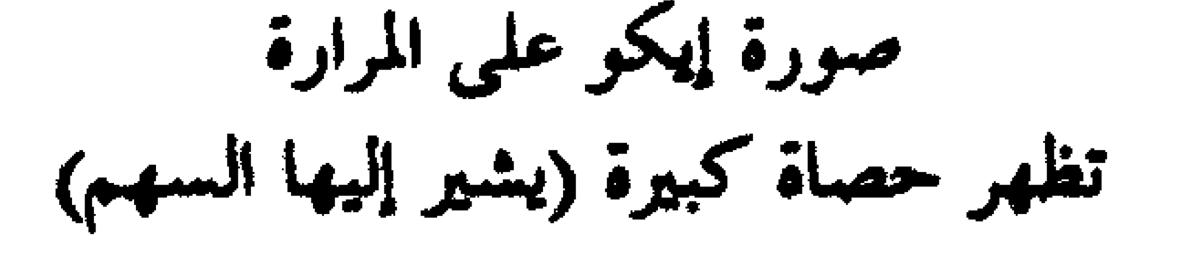


الشكل (٨) :





صورة إيكو على المرارة
تظهر حصيات صغيرة كثيرة



صورة إيكو على المرارة
تظهر حصاة كبيرة (يشير إليها السهم)

بجـانب ذلك يمكن لهذه التقنية أن تفحص البنكرياس والكبد في نفس الوقت. ورغـم كلّ هذه المزايا فقد لا يستطيع الإيكو الكشف عن الحصيات الصغيرة داخل القناة الجامعة، وهذا ما يدعو إلى اللجوء إلى استقصاءات أخرى لإثبات وجودها في حـال الشـك بذلك . وعلى كلّ حال يجب أن يكون التصوير الأول دائماً بوساطة الإيكـو فـي حالات استقصاء الجهاز المراري وسيـظهر، في (٩٠ - ٩٥٪) من الحالات، أي آفة موجودة، أما (٥ ٪) الباقية فيمكن اللجوء إلى تقنيات واستقصاءات أخرى للوصول إلى التشخيص.

٤- التصوير الطبقي المحوسب Computerized Tomography (CT)

لا يطلب هذا النوع من التصوير من أجل إظهار حصيات المرارة ، فالتصوير بـالإيكو أقدر على ذلك وأقل تكلفة ، وأسرع وأسهل، ولكن يلجأ إلى التصوير الطبقي المحوسـب إذا كانت هناك آفات في رأس البنكرياس، (مثل سرطان رأس البنكرياس السـادة لفتحة القناة الجامعة)، أو آفات الكبد (مثل الأورام والخراجات والكيسات التي يمكـن أن تؤثـر عـلى الشـجرة الصفراوية) ، أو الكشف عن ضخامات في العقد اللمفاوية في سرة الكبد، تكون ضاغطة على الشجرة الصفراوية.

٥- تصوير الأوعية الصفراوية عبر الكبد خلال الجلد (PTC)
Percutaneus Transhepatic Cholangiography

حيـنما يكـون هناك توسع في القنوات الصفراوية داخل الكبد ، ولم يتوصل الطبيب إلى معرفة التشخيص بالوسائل المشروحة سابقاً، فقد يلجأ إلى تقنية تصوير الأوعية الصفراوية عبر الكبد خلال الجلد. يستعمل الطبيب إبرة رفيعة خاصة يدخل بهـا ما بين الضلع الثامن والتاسع، أو التاسع والعاشر، من الجهة اليمنى إلى وسط الكـبد ، ثم يتم الشفط فإذا خرجت مادة صفراء، كان دليلاً على دخوله أحد الأقنية المتوسـعة. يحقـن مـادة ظليلة ويأخذ بعض الأفلام الشعاعية. تعطي هذه التقنية صوراً جيدة جداً للشجرة الصفراوية في جميع من لديهم توسع في هذه الشجرة، بل

وفـــي أكثر من (٥٠٪) ممن ليس لديهم هذا التوسع، وغالباً ما تؤدي إلى الوصول إلى التشخيص، وخاصةً في حالات الحصيات المرارية في الأقنية الصفراوية داخل الكبد، أو في تضيقات الأقـــنية الصفراوية ، والانسدادات الورمية (الشكل ٩).

لا يجرى تصوير الأوعية الصفراوية عبر الكبد خلال الجلد PTC إذا كان هناك ما يشير إلى آفة في آليات التخثر، خوفاً من حدوث نزيف من الإبرة، كما قد يكـــون مـــن الصـــعب إجراء هذه التـــقنية إذا كانت هناك مظاهر التهاب القنوات الصـــفراوية الجـــرثومي، منعاً لانتشار الالتهاب، أو حدوث تجرثم دموي مميت، وكذلـــك فيمن لديه حبَن شديد ، أو في السمنة المفرطة، وأخيراً في المريض الذي يرفض عملها، خوفاً منها، أو لأي سبب آخر.

الشكل (٩) :



تصوير القنوات الصفراوية عبر الكبد خـــلال الجلـــد (PTC) يظهر ورماً في القناة الجامعة ، مســـبباً توســـعاً شديداً في القنوات الصفراوية الكبدية



تصوير القنوات الصفراوية عبر الكبد خلال الجلـــد (PTC) يظهر تضيقاً بســـبب ورم في الجـــزء العلوي من الـــقناة المـــراريـــة الـــكبديـــة .

٦- تصوير القنوات الصفراوية والبنكرياس التنظيري الراجع ERCP.

هذه إحدى التقنيات الحديثة التي أحدثت ثورة حقيقية في التشخيص والمعالجة في أمراض الشجرة المرارية ، وبعض أمراض البنكرياس، وأصبحت تخصصاً لا يمارســه إلا المتخصصــون وذوي الخــبرة الواسعة . وتتضمن هذه التقنية إدخال منظار خاص عبر الفم ليصل إلى العفج، يشاهد عبر المنظار «أنبورة فاتر» والتي تحــتوي عــلى الفــتحة المشــتركة، (أو المنفصـــلة)، لنهاية القناة الجامعة، وقناة البــنكرياس. ثــم تحقن المادة الظليلة، وعن طريق التصوير المباشر يمكن إجراء دراســة للقــناة الجامعة وتفرعها، أو لقناة البنكرياس و تفرعاتها، كل على حدة أو الاثنتين معاً . وتنجح هذه المناورات في الوصول إلى تشخيص آفــات القناتين في (٩٠٪) من الحالات (الشكل ١٠).

الشكل (١٠) :



تصوير القنوات الصفراوية التنظيري الراجع (ERCP) . انسداد جزئي للقناة الجامعة بسبب سرطان .



تصوير القنوات الصفراوية التنظيري الراجع (ERCP) . انسداد تـــام في القناة الصفراوية الكبدية العامة.



تصوير القنوات الصفراوية التنظيري الراجع (ERCP). يبين المرارة والقنوات الصفراوية في الانسان الطبيعي .

لا يجــب أن تجــرى هذه التقنية إذا كان هناك ما يثبت وجود التهاب فعال في القنوات الصفراوية، قبل معالجته والتحكم فيه . وقد تطورت هذه التقنية كوسيلة علاجية عن طريق خزع (عمل شقّ) مصرة أودي واستخراج الحصيات من القناة الجامعة.

٧- تصوير الجهاز المراري باستعمال النيوكليد المشع

Radio-Active Nuclide Cholangiography

هذا الإجراء غير شائع في منطقتنا ، ولا يوجد إلا في المراكز المتخصصة، وعــلى كل حال فإن المعطيات التي يمكن الحصول عليها من اللجوء إليه، غالباً ما يمكن التوصل إليها بالتقنيات الأخرى التي تم شرحها أعلاه.

يــتم حقن مادة مشعة (نيوكليد مشع DISIDA-HIDA) عن طريق الوريد ، يتم طــرح هــذه المادة عن طريق الشجرة الصفراوية، والتي يمكن تصويرها بكاميرا خاصـــة بالــتقاط الأشــعة (كاميرا غاما)، فتعطي صورة عالية الجودة للشجرة الصـــفراوية بعد (٣٠) دقيقة من الحقن، هذا الإجراء ربما يكون الأصدق والأكثر إثــباتاً لتشــخيص التهاب المرارة الحاد، في هذه التقنية ترتسم الشجرة الصفراوية بشكل جيد، ولكن لا تمتلئ المرارة عندما يكون هناك إنسداد للقناة المرارية.

ثانياً : الاستقصاءات المخبرية في أمراض المرارة والطرق الصفراوية

ليس المقصود هنا الشرح المدرسي للاستقصاءات المخبرية، لأن هذا الكتيب موجــه للمريض أولاً، وللمثقف العام ثانياً، وربما يكون منه بعض الفائدة للممارس العــام والهيــئة الطــبية المساعدة، ومن أجل ذلك سيكون الاهتمام في تناول هذه الاستقصاءات الرد على التساؤلات الآتية؛ ما نوع هذه الاستقصاءات ؟ ماذا يُطلَب منها في كل حالة على حدة ؟ متى تُطلَب ؟ وكيف يُستفاد من نتائجها ؟

وجميع الاستقصاءات المخبرية التي تُطلَب، تساعد على تشخيص الحالة، أو تقيــم وضــع المــريض قبل إجراء جراحي، أو تداخل تنظيري، أو معرفة مسار المــرض، واخــتلاطاته، والطبيب الحاذق هو الذي لا يرهق مريضه مادياً بطلب تحــاليل واستقصاءات مكلفة، ليس لها ضرورة ملحة لحاجة المريض ، وفي نفس الوقــت لا يجــب أبداً إهمال بعض الاختبارات التي يؤدي إهمالها إلى أخطار غير متوقعة بحجة التوفير المادي أو أي أعذار أخرى.

حيــنما تكلمنا عن أمراض الجهاز المراري ذكرنا أن المريض يأتي بشكوى بســبب الانســداد (حصوة ، ورم ، تضيق ... الخ)، أو بسبب أعراض وعلامات الــتهابية، وذكرنا أن الطبيب أولاً يسمع القصة المرضية، ثم يفحص المريض، ثم يلجأ إلى استقصاءات، إما تصويرية أو تنظيرية أو مخبرية، أو يشارك بين بعضها حتى يصل إلى التشخيص ...

١- الاستقصاءات المخبرية قبل الجراحة أو التداخلات التنظيرية :

إذا تقرر إجراء عمل جراحي لمريض يعاني من مشكلة في الجهاز المراري، مثلاً استئصال مرارة جراحي أو تنظيري، أو سيُجرى له تداخل عن طريق التنظير الــراجع للقــنوات الصفراوية والبنكرياسية مثل خزع مصرة أودّي، فيجب إجراء الاستقصاءات المخبرية التالية :

أ- **قياس الخضاب** .. لأن هذا يحدد إذا كان المريض لديه فقر دم .. أو يحتاج لنقل دم ، أو لتتبعه بعد العمل الجراحي لمعرفة ما إذا كان هناك نزف...الخ

ب- **قياس السكر، والبولة الدموية** : هذا القياس ضروري لكل مريض ستُجرى له جـراحة تحت التخدير ... لمعرفة ما إذا كان المريض سكري أو لديه قصور في عمل الكلية لأن مثل هؤلاء المرضى يحتاجون لمعاملة خاصة، وتدبير معين .

ج- **زمن النزف والتخثر وزمن البروترومبين، والصفيحات الدموية** ، وكلها اختبارات بسيطة وغير مكلفة تبين حالة الإرقاء (مقدرة الجسم على إيقاف النزف)، لأن الخلل في وظيفة الإرقاء، والذي تبينه تلك التحاليل، يجب أن يعرف حتى يتم علاجه قبل أو أثناء العمل الجراحي .

٢- الاستقصاءات التي تدلل على الانسداد في الطرق الصفراوية :

إن الصـفة المشـتركة للانسداد في الطرق الصفراوية هو الألم أو القولنج المـراري، وهـو الذي يدعو المريض إلى مراجعة الطبيب غالباً . والانسداد في الطـرق الصفراوية إما لا يصاحبه يرقان (أبو صفار)، وذلك كما يحدث في انسداد القـناة المرارية Cystic duct ، أو انحشار حصاة في عنق المرارة، وهذا النوع مـن الانسـداد لا يصاحبه ارتفاع في البليروبين أو تغيرات في وظائف الكبد، أما الـنوع الثاني من انسداد الطرق الصفراوية فيكون إما في الطرق الصفراوية داخل الكـبد أو فـي القـناة الجامعـة، وهذا النوع هو الذي يصاحَب بارتفاع البليروبين (اليرقان)، وهو الذي قد يصاحب باضطراب الوظيفة الكبدية، وهذا النوع هو الذي يحتاج إلى طلب بعض الاستقصاءات المخبرية والتي تشمل :

أ- **قيـاس البـليروبين (المباشر وغير المباشر)** : زيادة البليروبين، وخصوصاً على حساب النوع المباشر، يدلل على حدوث انسداد ، والانسداد المتزايد مع مرور الوقت والذي يؤدي إلى أرقام عالية من البليروبين، غالباً ما يشير إلى ورم .. أما

الــزيادة المتقطعة، بمعنى تتغير بين الارتفاع والانخفاض في أوقات مختلفة، فغالباً تكــون بسبب انسداد بحصوة في القناة الجامعة. الارتفاع المترافق مع زيادة كبيرة في خمائر الكبد (الترنسأمينار) يدلل غالباً على التهاب كبد بالفيروسات .

ب- **قيــاس الفسفتاز القلوية** : هذه خميرة تصنع في الخلايا الكبدية، وتفرز مــع الصــفراء، تــتزايد في الانسداد الصفراوي، وفي أذية الخلايا الكبدية . قيمة الفســفتاز القــلوية تهــم الطــبيب لمعرفة نوع الانسداد الصفراوي، ولمتابعة حالة الانسداد .

٣-استقصاءات التهابات الجهاز المراري :

ذكــرنا ضــمن الــتهابات الجهاز المراري، الالتهابات الحادة، مثل التهاب المــرارة الحــاد، والتهاب القنوات الصفراوية الحادة، والتهاب المرارة المزمن... وتشخيص الالتهابات الحـــادة ونوعها له أهمية خاصة وإســعافية، وتحتــاج إلى الاستقصاءات المخبرية التالية :

أ- **تعــداد بيــض وصيغة** : يرتفع عدد الكريات البيضاء في الالتهابات الحادة، وقد تصل إلى أرقام عالية (أكثر من ٣٠,٠٠٠/ملم^{٣}) وتكون على حساب العدلات.. تتــبع قيــم الخلايا البيضاء أثناء العلاج، وهبوطها دلالة جيدة على الاستجابة على العلاج .

ب- **زرع الــدم** : قــد يــلجأ إلى هذا الاختبار إذا ما اشتبه الطبيب في حدوث تجــرثم دمــوي أثــناء الالتهاب الحاد، والذي يترافق غالباً مع ارتفاع شديد لدرجة حــرارة المــريض، معــه رعشة (نفضات)، وحالة سريرية سيئة، غالباً ما يباشر الطبيب بإعطاء مضادات حيوية واسعة الطيف، ولكن قبل ذلك عليه أن يأخذ عينة دم من أجل الزرع الجرثومي وإجراء التحسس لنوع المضادات الحيوية التي يجب إعطاؤها للمريض .

٤- استقصاءات الأعضاء المتأثرة بآفات الجهاز المراري :

هـــناك عضـــوان يتأثران أحياناً وبشكل مباشر بآفات الجهاز المراري، وهما الكبد والبـــنكرياس، وقد يتطلب الأمر في بعض الأحيان إجراء اختبارات بسيطة تبين ما إذا كـــانت أمـــراض الجهاز المراري قد أثّرت على هذين العضوين، وتشمل هذه الاختبارات :

أ- **قياس الترنسأمينار في المصل** : هذه خمائر تصنع في الخلايا الكبدية، فإذا تأثـــرت هـــذه الخلايـــا بأمراض الجهاز المراري كما يحدث مثلاً في التهاب القـــنوات المرارية أو أحياناً في انسداد القناة الجامعة (حصاة أو ورم)، نجد أن قيـــم هـــذه الخمائر ارتفعت في دم المريض ، ولكن غالباً يكون هذا الارتفاع معـــتدلاً، وهـــذا يفرقه عن التهاب الكبد الفيروسي الذي ترتفع فيه هذه الخمائر بشكل كبير جداً.

ب- **قيـــاس الأميـــلاز في المصل** : هذه خميرة تصنع في البنكرياس، وترتفع في الـــتهاب البنكرياس الحاد، والذي قد يحدث في أمراض الجهاز المراري، وذلك إذا حـــدث ودخلت الصفراء إلى قناة البنكرياس، وترتفع أيضاً في انسداد فتحة قـــناة البـــنكرياس، والتي تشترك مع القناة الجامعة في (٨٥٪) من الناس. فإذا انسدت هذه الفتحة بسبب ورم أو حصاة أدت في النهاية إلى التهاب البنكرياس وارتفاع الأميلاز .

٥- الإستقصاءات المخبرية للأورام :

لقد ذكرنا سابقاً أن أورام الجهاز المراري إما تكون خارجه، ولكن تؤثر عليه مـــثل سرطان رأس البنكرياس، أو سرطانة الكبد. والنوع الثاني يكون في الجهاز المـــراري نفســـه، مثل سرطانة المرارة أو السرطانة في القناة الجامعة. قد يطلب الطبيب بعض الاختبارات التي تسمّى واسمات سرطانية، والتي تساعد في تشخيص

السرطان أو تتبع الحالة بعد المعالجة، وأشهر هذه الواسمات وأكثرها طلباً هي :

أ- **الفافيتوروتين**: ويرتفع هذا الواسم وأحياناً بأرقام كبيرة في سرطانة الكبد .

ب- **المستضد السرطاني المضغي**: يرتفع أيضاً في سرطانة الكبد وسرطانات الجهاز المعدي المعوي بشكل عام.

ج- **المستضد الكربوهيدراتي**: (CA-١٩-) وواسمات أخرى حين الشك بسرطانة رأس البنكرياس

أخيراً نحبّ أن نؤكّد أن كل الاستقصاءات السابقة لا تطلب لكل مريض وقد لا يحتاج لأي منها، أو في الغالب يحتاج لقليل منها حسب حالة المريض، وحسب خبرة الطبيب في اختيار أقل عدد من الاستقصاءات لإعطاء فكرة تامة عن التشخيص، وتتيح له فرصة لرسم خطة العلاج سواء كانت دوائية أو جراحية .

الباب الثالث

أمراض الجهـــاز المراري

الباب الثالث

أمراض الجهاز المراري

* الحصيات المرارية :

١- ما هي الحصيات المرارية وما مدى انتشارها ؟

٢- لماذا يصاب بعض الناس بالحصيات المرارية دون البعض الآخر ؟

٣- ما هي العوامل المؤهبة لحدوث الحصيات المرارية ؟

٤- هل كل مريض لديه حصيات مرارية يشكو من أعراض سريريه ؟

٥- متى تحدث الأعراض لدى مريض لديه حصيات مرارية صامتة ؟؟

٦- ما هو التصرف حين اكتشاف حصيات مرارية صامتة عن طريق المصادفة؟

٧- ما هي الأعراض والعلامات التي تشير إلى احتمال وجود حصيات مرارية؟

٨- لمـــاذا يحدث عند بعض الناس المصابين بحصيات مرارية يرقان (أبو صفار) ولا يحدث عند البعض الآخر ؟

* الالتهابات الحادة في الجهاز المراري :

أولاً : التهاب المرارة الحاد

٩- ماذا يعني التهاب المرارة الحاد ؟

١٠- هل يمكن حدوث التهاب حاد في مرارة غير محصاة ؟

١١- ما هي الأعراض والعلامات التي تحدث في التهاب المرارة الحاد ؟

١٢- هل كل مريض لديه هذه الأعراض والعلامات يكون مصاباً بالتهاب مرارة حاد ؟

١٣- هل يمكن حدوث مضاعفات نتيجة الإصابة بالتهاب مرارة حاد ؟

ثانياً : التهاب الأقنية الصفراوية الحاد

١٤- متى يقال بحدوث التهاب الأقنية الصفراوية الحاد ؟

١٥- هل كل يرقان إنسدادي هو حالة جراحية، أي تستلزم التداخل الجراحي ؟

١٦- ماذا يقصد بكلمة التهاب المرارة المزمن ؟

أمراض الجهاز المراري

« الأعراض والعلامات »

الجهـــاز الصفراوي ، مثله مثل أي جهاز آخر في الجسم لـــه أمراضه الخاصة به وهي كثيرة جداً ، ولكن يمكن وضعها تحت عناوين ثلاثة ، سنشرح في هذا الباب أكـــثرها شيوعاً ونذكر باختصار الأعراض والعلامات لكل منها ، وتشمل الحصيات المرارية ، التهابات المرارة والطرق الصفراوية ، وأخيراً أورام الجهاز المراري.

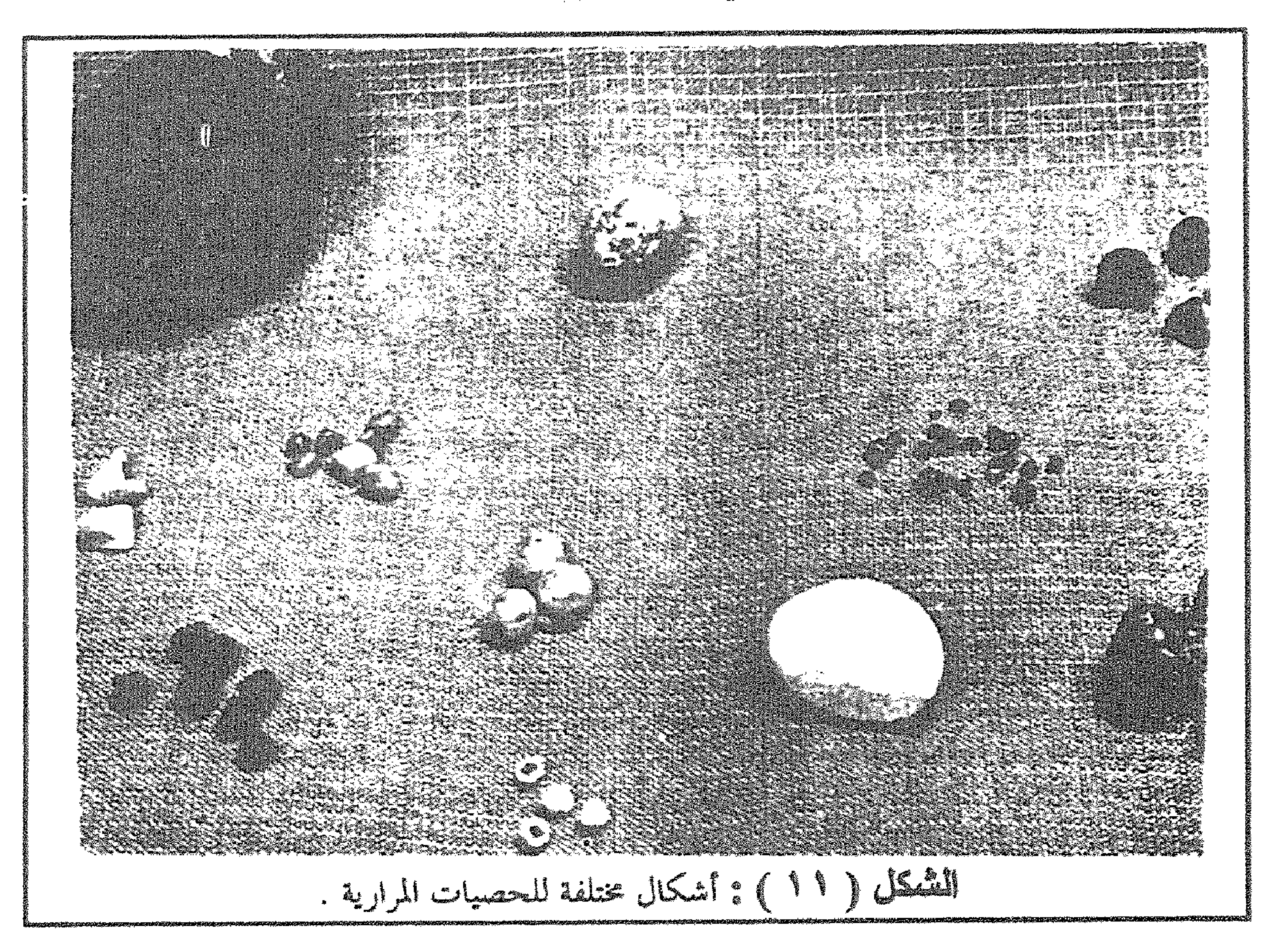
الحصيات المرارية

١ - ما هي الحصيات المرارية وما مدى انتشارها في المجتمعات ؟

هي حصيات تتكون داخل المرارة أو القنوات الصفراوية ، تختلف في قطرها مـــن عـــدة ميلليمترات إلى عدة سنتيمترات ، ويوجد منها ثلاثة أنواع النوع الأول والأكـــثر شيوعاً هي الحصيات المتكونة من الكوليسترول المختلط مع بعض أملاح الكالسيوم (٨٥٪ تقريباً)، ويمثل الكوليسترول النسبة الغالبة من الحصاة ، والنوع الثاني يتكون من الكوليسترول فقط (٥٪ تقريباً) أما النوع الثالث فيسمى الحصوات الصفراوية الصباغية وتتكون في معظمها من أملاح الكالسيوم للأصبغة الصفراوية (١٠ – ١٥ ٪) (الشكل ١١).

هذه النسب تختلف كثيراً أو قليلاً حسب المجتمعات المختلفة. أما مدى انتشار الحصيات المرارية فتختلف بشكل كبير بين مجتمع وآخر ، وحتى باختلاف الأعراق في المجتمع الواحد، كما تؤثر عوامل كثيرة جداً (سيذكر أهمها لاحقاً) في مدى انتشار الحصيات المرارية في المجتمع . ففي الولايات المتحدة الأمريكية (حيث توجد إحصاءات كثيرة ودقيقة) نجد أن (٢٥٪) من الرجال في عمر (٧٥) سنة و(٣٥٪) من النساء بنفس العمر مصابون بحصيات مرارية . في حين قد تصل

نسبة الإصابة في الهنود الحمر الأمريكيين إلى (٩٠٪) للنساء فوق عمر (٦٠) سنة. لا توجد إحصاءات دقيقة في مجتمعاتنا الشرقية ، ولكن كل الاختصاصيين وطلاب الدراسات العليا الذين درسوا ظاهرة الحصيات المرارية يعطون نسباً عالية للإصابة بالرغم من أنهم لا يشاهدون إلا المرضى الذين لديهم أعراض، وهؤلاء يشكلون حوالي ٣٥٪ فقط من مجموع من لديهم حصيات.



الشكل (١١) : أشكال مختلفة للحصيات المرارية .

٢ - لماذا يصاب بعض الناس بالحصيات المرارية دون البعض الآخر ؟

حينما يُعلِّم الأساتذةُ طلبةَ الطب عن الحصياتِ المرارية، يذكرون لهم أن من يصـــاب بهـــا يتميز بـــ (5 F) هي: (Fertile, Fat, Fifty, Female , Flatulent) ويعني ذلك أن الإصابة غالباً ما تكون لدى السيدات البدينات ، اللواتي يحببنَ الأكل، ومـــتعددات الحمل أو الولادة ، وتعدَّيْنَ الخمسين عاماً من العمر، وربما صدق هذا القول في كثير من الحالات ولكن لا يمكن تعميمه بشكل مطلق.

فلا شك أن النساء أكثر إصابةً من الرجال بمرتين أو ثلاث مرات، ولا شك أنها تصيب متقدمي العمر أكثر من الأصغر عمراً، ولا شك أن البدانة والتغذية ربما لهــا دور فــي حــدوث الحصــيات.. وعــلى كل حال، لقد وجد ، وبعد دراسات مستفيضة، أن هنالك عوامل مؤهبة تساعد على تكون الحصيات المرارية منها :

١- تكـــرار الولادات وأخذ مانعات الحمل الفموية ، ففي كلتا الحالتين تزداد نســبة الإســتروجين الذي يزيد من طرح الكوليسترول في السائل الصفراوي، كما يزداد هذا الطرح في البدانة وفي زيادة الكوليسترول الوراثي.

٢- ويحــدث أيضــاً فــي أمراض الأمعاء الدقيقة التي يقل فيها امتصاص الأملاح الصفراوية.

٣- ما هي العوامل المؤهبة لحدوث الحصيات المرارية ؟

لقــد ذكرنا سابقاً أن الصفراء التي تصنع في الكبد تحتوي على الكولسترول وأمــلاح الصــفراء والشــحوم الفسفورية، ومواد كثيرة أخرى تمثل نسبة ضئيلة، وذكــرنا أن ســائل الصــفراء يُرَكَّــز فــي داخــل المرارة إلى عشرة أضعاف، والكولســترول مــادة غير ذَوَّابة في الماء، ولكن بفضل وجود الأملاح الصفراوية والشحوم الفسفورية، يذوب الكولسترول في هذا السائل.

ولكن إذا زادت نسبة الكولسترول المطروح في الصفراء عن الحد الذي يمكن أن يذوب في هذا السائل فإنّه :

١- يــبدأ بالترسّــب مكونــاً، مع مركبات أخرى، الحصيات. وليست زيادة الكولســترول وحدهــا هــي العــامل الرئيســي ولكن يمكن اعتبار نقص الأملاح الصفراوية في السائل المراري عاملاً متمماً.

٢- يعتــبر نقــص العوامــل المضادة لترسيب الأملاح كبعض البروتينات الشحمية عوامل مؤهبة أخرى.

ويمكن اختصار ما ذكرناه؛ بأن أهم العوامل المانعة لتكوين الحصيات هو حدوث توازن بين مكونات السائل المراري من الكولسترول والأملاح الصفراوية والشحوم الفوسفورية، وأن أي خلل في ذلك التوازن يؤهب لحدوث الحصيات.

أما الحصيات الصبغية ، وهي الأقل شيوعاً، فربما يؤهب لحدوثها، كثرة طرح الأصبغة الصفراوية في السائل المراري، كما يحدث في كل الأمراض التي تزيد من تكسر الخلايا الحمراء (الانحلال)، مثل فقر دم البحر الأبيض (التلاسيميا)، ومثل تضخم الطحال، وربما تشمع الكبد... الخ.

إن العامل المؤهب الثاني لتكوين الحصيات هو ركودة السائل المراري وكذلك وجود المخاط الذي يساعد على تماسك البلورات وعمل نواة يتراكم فوقها الكولسترول والأملاح ، مكوّنةً الحصاة. والمرارة كيس مغلق حيث يركد فيها السائل، وحيث تفرز كمية كبيرة من المخاط ، وجميع العوامل التي تؤدي إلى نقص في حركة جدار المرارة مثل الالتهابات المختلفة، وانسداد مجرى الصفراء ... الخ، أو بسبب الصيام الطويل تزيد من الركودة داخل المرارة، وتؤهب أكثر لحدوث الحصيات .

ويمكن اختصار وتعداد أهم الحالات التي وجد أنها تترافق مع الحصيات المرارية في الجدول التالي :

الحصيات التي يغلب على تكوينها الكولسترول :

- البدانة « السمنة » .
- تناول أدوية منع الحمل (الأستروجينات) وأدوية أخرى.
- تعدد الولادات.
- أمراض الأمعاء الدقيقة أو استئصالها.
- نقص الوزن السريع.
- الانسداد في الشجرة الصفراوية.

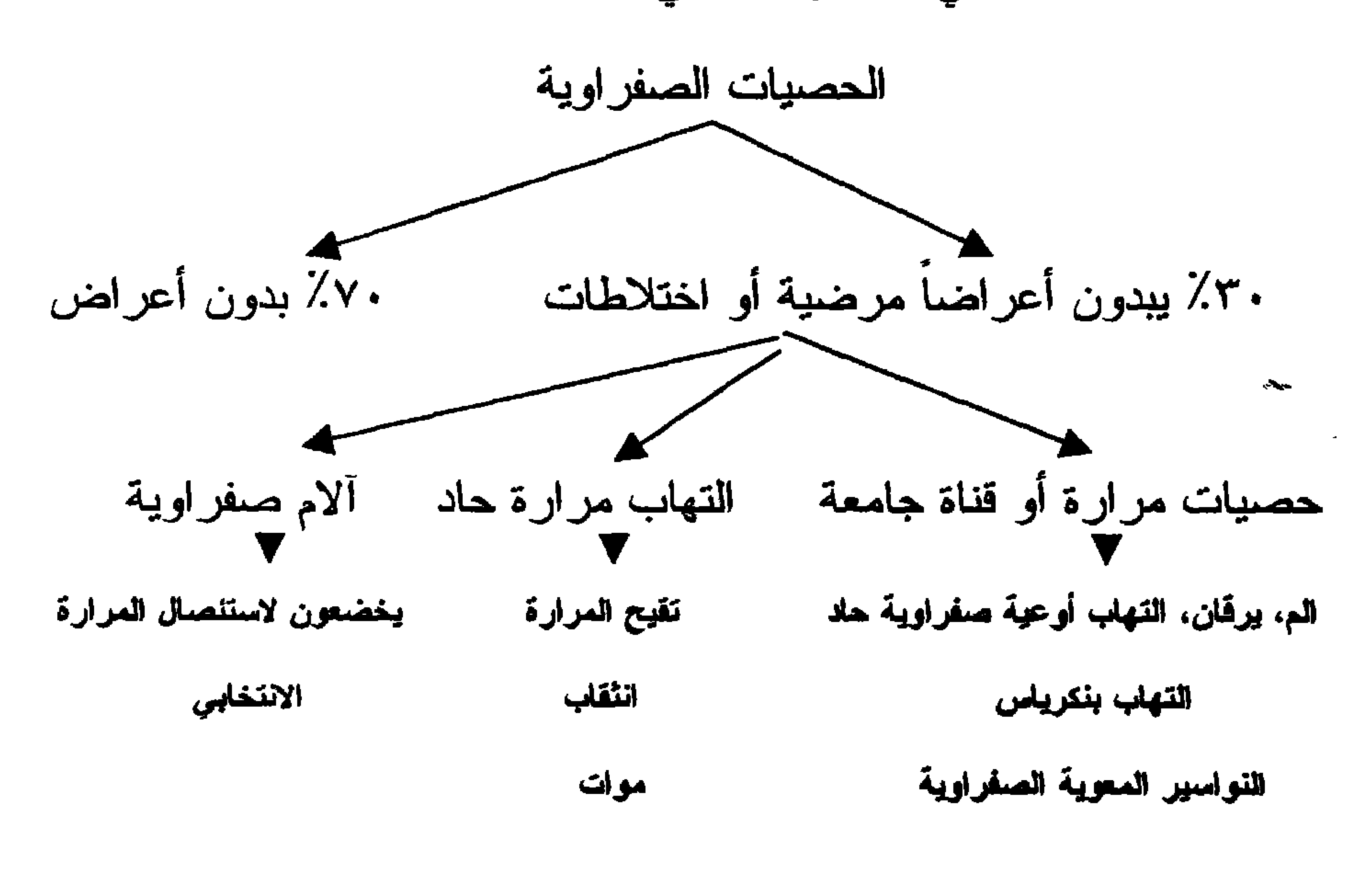
الحصيات التي يغلب على تكوينها الأصبغة الصفراوية :

- الانحلال الدموي المزمن .
- تشمع الكبد .
- التهابات الكبد والأوعية الصفراوية .

٤ – هل كل مريض لديه حصيات في المرارة، يشكو من أعراض سريرية؟

إن الغالبية العظمى ممن لديهم حصيات مرارية (٦٠ – ٨٠٪) لا يبدون أي أعراض أو علامات – وربما يقضون حياتهم كلها دون أي شكوى – وتكتشف عندهم الحصيات مصادفةً أثناء عمل تصوير بالأمواج فوق الصوتية (الإيكو) أو التصوير البسيط للبطن ، ولكن (٢٠–٣٠٪) من هؤلاء ستظهر لديهم أعراض أو علامات تضطرهم إلى مراجعة الأطباء، بمعنى آخر أن من سيحتاجون لتدخل طبي، سواء أكان دوائياً أو جراحياً من كلّ من لديهم حصيات مرارية هم (٢٠–٣٠٪) فقط.

ويبين الشكل التالي التطور الطبيعي للحصيات الصفراوية :



٥- متى تحدث الأعراض لدى مريض لديه حصيات مرارية صامتة ؟

تظل الحصيات المرارية صامتة (أي بدون أعراض أو علامات) حتى يحدث انسداد لمجرى الصفراء، أو يحدث التهاب للمرارة أو الطرق الصفراوية أو كليهما.

يحــدث إنســداد الطــرق الصفراوية حين انحشار حصاة في فم المرارة، أو انتقال حصاة صغيرة إلى القناة الجامعة، مما يؤدي إلى آلام - أحياناً شديدة جداً - تسمى القولنج المراري، ويتوضع هذا الألم في الجهة اليمنى العلوية من البطن، كما أن انســداد القــناة الجامعــة يؤدي إلى حبس الأصبغة الصفراوية، فتزداد في الدم وتحــدث اليــرقان (أبو صفار) - أما إذا كان الانسداد في أسفل القناة الجامعة عند مصرة أودّي فقد يؤدي ذلك إلى التهاب البنكرياس الحاد .

ثانياً، يؤدي وجود الحصيات المرارية عند حوالي (١٠٪) من المرضى إلى الــتهاب حــاد أو مزمن في جدار المرارة، مما يؤدي إلى احتباس القيح في داخل المــرارة، أو تمــوت الجدار أو الانثقاب وكلها حالات اسعافية خطرة - وكل هذه الاختلاطات ستشرح بالتفصيل لاحقاً .

٦- ما هو التصرف حين اكتشاف حصيات مرارية عن طريق المصادفة ؟

جاء وقت، كان ينصح فيه المريض باستئصال المرارة إذا كانت محصاة، حتّى ولــم يكــن هــناك أي أعــراض أو شــكوى، أو تمّ اكتشاف الحصيات عن طريق المصادفة.

ولكــن الاتجــاه العام في الوقت الحاضر، هو مراقبة هؤلاء المرضى دون اللجوء للعمل الجراحي ، وأن يشرح الوضع لهم، وأن يُنصحوا بمراجعة طبيبهم إذا حدث ألم صفراوي (سيشرح لاحقاً) ، أو يرقان.

في نفس الوقت يُنصح باللجوء إلى الاستئصال الجراحي في عدة حالات حتى ولو لم تكن هناك أعراض، أو شكاية ، وذلك في عدّة حالات ، منها :

* إذا أظهرت صورة الأشعة بعض التكلسات في جدار المرارة، لأنه وجد أن مثل هذه الحالات قد تتطور إلى الخباثة، أي حدوث سرطانة المرارة.
* المصابون في نفس الوقت بالداء السكري، لأنه وجد أن مثل هؤلاء المرضى إذا أصيبوا بالتهاب مرارة حاد (وهو أحد اختلاطات وجود الحصيات) ، فقد يؤدي إلى الوفاة في (١٠-١٥٪) من الحالات وبالتالي يفضل استئصال المرارة .
* هناك بعض المرضى المصابين بفقر الدم المنجلي، وهو فقر دم انحلالي يصيب العرق الأسود غالباً، وتتكون حصيات نتيجة هذا الانحلال، يفضل استئصال المرارة عند هؤلاء، لأن نوبات الانحلال تترافق مع آلام بطنية يصعب التفريق بينها وبين التهاب المرارة الحاد.

٧- ما هي الأعراض التي تشير إلى احتمال وجود حصيات مرارية ؟

قلنا إنّ الغالبية العظمى ممن لديهم حصيات مرارية لا يشتكون من شيء، وذكرنا أنه بمرور الأيام حوالي (٢٠-٣٠٪) منهم سيراجعون الطبيب بأحد الأعراض التي تنتج غالباً من الانسداد أو الالتهاب :

أولاً – مظاهر الانسداد . إن انحشار إحدى الحصيات في عنق المرارة، أو القناة المرارية، أو انسداد عابر فيها، يؤدي إلى تمدد المرارة بالسائل المراري، وهذا هو سبب حدثيات الألم الناجمة عن الانسداد . يشعر المريض بألم عند منطقة الشرسوف (فم المعدة)، والجزء العلوي الأيمن من البطن، يزداد الألم بسرعة ليصل إلى مرحلة من الثبات تستمر من نصف ساعة إلى عدة ساعات، ثم يخف تدريجياً، ولكن قد يبقى نوع من الوجع المبهم الذي لا يمكن للمريض أن يعبر عنه، كما قد تترافق هذه الهجمة

بغـــثيان، وأحياناً بإقياء، وقد ينتشر الألم من البطن إلى الكتف الأيمن، أو الظهر قرب الكتف. هذه الهجمة المعبرة عن الإنسداد قد تكون عابرة ولا تحدث إلا مرة واحدة، أو مـــرات قليلة، ولكن عند بعض الناس قد تتكرر يومياً. وقد يثير حدوث الهجمة تناول نـــوع معيـــن مـــن الطعام، وخاصةً الدهون والبيض، وفي حالات أخرى قد لا تكون الهجمة وصفية كما ذكرنا، ولكن يحدث نوع من عسر الهضم، وحرقة وتجشّؤ، وكلها أعراض غير وصفية تحدث في كثير من الأمراض البطنية .

يحدث في قليل من الحالات أن تتمدد المرارة بشكل كبير نتيجة امتلائها بالمخاط والصفراء، ويُطلِق عليها الأطباء القيلة المخاطية mucocele (أو تسمى أحيانا بالمرارة المستســقية) ، وتسبب هذه الحالة إحساساً بالامتلاء والضيق في الجزء الأيمن العلوي من البطن، وقد يستطيع الطبيب جَسّ كتلة عند الحافة الضلعية اليمنى.

٨- لماذا يحدث يرقان (أبو صفار) عند بعض المصابين بحصيات مرارية، ولا يحدث عند البعض الآخر ؟

حسب الرسم التشريحي للشجرة الصفراوية والمرارة، وجد أن الغالبية العظمى من الحصيات تتكون داخل المرارة، وتنتقل منها إما إلى قناة المرارة cystic duct، وبالتالي تكون مظاهر الانسداد فقط على المرارة نفسها محدثة القولنج المراري، تمدد المرارة، والتهاب المرارة الحاد، وإمّا أن يحدث الانثـــقاب، أو الامتلاء بالصديد .

أمـــا إذا كـــان الانسداد في القناة الجامعة فيحدث قولنج مراري يتبعه حدوث يـــرقان (أبـــو صفار)، وفي قليل من الحالات قد لا يحدث الألم أو القولنج، إذا كان الانسداد جزئياً، ولكن يظهر اليرقان الخفيف في الملتحمة. أما إذا كان الانسداد تاماً فغالـــباً ما يكون الألم شديداً، وغالباً ما يؤدي الانسداد إلى التهاب جرثومي للشجرة الصـــفراوية داخـــل وخـــارج الكبد، وتسمى هذه الحالة التهاب القنوات الصفراوية الصاعد.

الالتهابات الحادة في الجهاز المراري

أولاً – التهاب المرارة الحاد

٩- ماذا يعني التهاب المرارة الحاد ؟؟

حيـنما نذكـر كـلمة الـتهاب، يعتقد السامع للوهلة الأولى أن المقصود هو الالـتهاب الجـرثومي للمرارة، ولكن في واقع الأمر تحدث معظم حالات التهاب المـرارة الحاد بسبب انسداد قناة المرارة، أو انحشار حصاة في عنقها، مما يؤدي إلى بقـاء الصفراء المركزة مدة طويلة داخل المرارة المتمددة، ويسبب ذلك التهاباً كيميائيـاً من تأثير مكونات الصفراء على مخاطية المرارة. وبعد ذلك يتم الالتهاب الجرثومي على الجدار المتأذي والذي قلّت مقاومته، وقل إرواؤه الدموي بسبب تمدد الجـدار... بمعـنى آخـر يحـدث الالتهاب الكيميائي الحاد أولاً ثم يتبعه الالتهاب الجـرثومي . وفـي الحقيقـة تكون الإصابة الجرثومية هي المسؤولة عن معظم الاختلاطات السيئة في التهاب المرارة الحاد.

١٠- هل يمكن حدوث التهاب حاد في مرارة غير محصاة ؟؟

ثـبت أنّ نسـبة (٩٠-٩٥٪) من التهاب المرارة يكون في مرارة محصاة . بمعـنى أنـه يشك دائماً بوجود حصيات مرارية في غالبية حالات التهاب المرارة الحـاد. ومـع ذلـك فهـنالك (٥٪) مـن حالات التهاب المرارة الحاد تترافق مع الرضوض الشديدة على البطن من أثر الحوادث، أو بعد العمليات الجراحية الكبيرة على البطن، أو الحروق الشديدة، أو أحياناً بعد الإضراب عن الطعام لفترة طويلة، أو الفشـل الجهـازي المـتعدد الشديد. في كل هذه الحالات يكون الالتهاب الحاد للمرارة شديداً، وغالباً ما يحدث موات في الجدار أو يحدث الانثـقاب .

١١- ما هي الأعراض والعلامات التي تحدث في التهاب المرارة الحاد؟

معظم الحالات – وليس كلها – التي تقابل الأطباء، تأتي غالباً كالتالي: تراجع سيدة، في العقد الرابع أو الخامس، وغالباً ما تكون سمينة، تشكو من الهجمة الحادة، عــادةً بعد وجبة غذائية دسمة . وهذه الهجمة الحادة عبارة عن حدوث ألم مفاجئ، شــديد ومستمر، ومتوضع في الشرسوف (فم المعدة) وفي الجزء العلوي الأيمن من البطن، وغالباً ما يمتد (يشع) هذا الألم إلى الظهر. إن استمرارية الألم، وعدم حدوثــه فــي نوبــات مــتكررة، يدلــل على الالتهاب، ويفرقه من الألم المراري الانسدادي، يزول الألم في الحالات الخفيفة أوغير المختلطة، في غضون (١٢-١٨) ســاعة، أمــا إذا صــاحب الألم فقد الشهية نحو الطعام، والانتفاخ البطني والغثيان والإقياء، فقد يشير ذلك إلى وجود حصاة في القناة الجامعة .

حيــنما يكشــف الطــبيب على المريض، يلاحظ أنه متعب ومنهك ويتعرق، ويكــون تنفسه سطحياً وسريعاً ، مع ارتفاع حرارة، ورعشات أو نفضات إذا كان الالــتهاب جــرثومياً، وقد يترافق كل ذلك بيرقان إذا سدت الحصاة القناة الجامعة، (ولكــن ليــس هــذا شرطاً)، غالباً ما يكونَ هناك مضض إذا جسَّ الطبيب ناحية المرارة، وغالباً ما تكون هناك صلابة في جدار البطن تسمى طبياً الدفاع العضلي.

١٢- هــل كــل مريض لديه هذه الأعراض والعلامات يكون مصاباً بالتهاب مرارة حاد ؟؟

للأســف الشديد معظم هذه الأعراض والعلامات موجودة في حدثيات كثيرة أخرى في البطن أو حتى في الصدر ، فالألم البطني ، والانتفاخ والغثيان والإقياء ، وسرعة النبض والتنفس السطحي، والتعرق والآلام البطنية، وصلابة جدار البطن، كــل ذلــك يحــدث فيما يسميه الأطباء حالة بطن حادة Acute abdomen وهذا

التعبير يدلل على حدوث شيء حاد داخل البطن، مثل انثقاب قرحة معدية أو معوية، أو التهاب حاد للبنكرياس، أو التهاب حاد للزائدة الدودية، وخاصةً المتوضعة خلف البرتوان، بل قد تتشابه الأعراض والعلامات مع احتشاء العضلة القلبية، أو حتى التهاب الرئة الحاد مع التهاب جدار الجنبة اليمنى .

إن التفرقة بين كل هذه الحالات وبين التهاب المرارة الحاد يعتمد على خبرة الطبيب، وعلى الاستقصاءات، من تحاليل وتصوير... إلخ، (ستشرح بالتفصيل لاحقاً).

١٣ - هل يمكن حدوث مضاعفات نتيجة الإصابة بالتهاب المرارة الحاد؟

تحدث الاختلاطات إذا أهمل المريض مراجعة الطبيب في (٢٤-٤٨) ساعة الأولى ، وهذا غالباً ما يحدث لاعتقاد المريض أن ما يشعر به هو ألم مراري، مثلما تكرر له سابقاً .

يؤدي انسداد قناة المرارة cystic duct إلى تمدّد جدارها، مما يؤدي إلى التهاب الجدار كما سبق شرحه . هذا التمدد مع التهاب الجدار قد يؤدي إلى موات جزء من الجدار، ويحدث انثقاب في المرارة، إما انثقاب محدود ليكوّن خراجاً حول المرارة، أو تُفرِّغ المرارة محتواها من صفراء مركزة وصديد إلى داخل البرتوان (تجويف البطن)، مما يؤدي إلى التهاب شديد وآثار سيئة جداً. من ناحية أخرى، قد تكون المرارة ملتصقة بجزء من الأمعاء (خاصةً العفج)، ويحدث انثقاب في داخل لمعة المعي ، ليُكوِّن ناسوراً صفراوياً معوياً .

في حال عدم انثقاب المرارة، قد تمتلئ بالصديد، ويتزايد حجمها وتسمى هذه الحالة بالدبيلة Empyema بمعنى انتفاخ المرارة بالصديد .

ثانياً – التهاب القنوات الصفراوية الحاد

١٤ – متى يقال أنه قد حدث التهاب حاد بالقنوات الصفراوية وما هي أعراضه ؟

باختصار شديد، هناك ثلاثية وصفت من قبل عالم فرنسي يدعى جين مارتن شـــاركوت (١٨٢٥-١٨٩٣) ، تشمل : أ) ألم وقولنج مراري، ب) حمى مترقية تترافق مع رعشة شديدة ، ج) يرقان، «ثلاثية شاركوت».

يشبه الألم في التهاب الأقنية الصفراوية الحاد، ألم التهاب المرارة الحاد، وقد يكـــون أكـــثر منه حدة. أما اليرقان فيكون إما مستمراً، إذا كان الانسداد تاماً، وإما يكـــون متـــناوباً إذا كان الانسداد جزئياً، ويتميزهذا اليرقان الانسدادي بكون البول غامق اللون، والبراز فاتح اللون، وغالباً يترافق مع حكّة جلدية، وأهم ما يميز حمى الـــتهاب القنوات الصفراوية، هي الرعشة الشديدة أو النفضات Rigors ، والتي لا تحدث غالباً في حمى التهاب المرارة الحاد. إن أخطر ما يمكن أن يحدث في التهاب الأقنية الصفراوية الحاد، هو انتقال الجراثيم إلى الدم، أي حدوث تجرثم دموي، قد تكون عاقبته وخيمة جداً.

١٥ – هل كل يرقان انسدادي هو حالة جراحية، أي تستلزم التداخل الجراحي ؟

اليرقان الانسدادي بسبب حصاة في القناة الجامعة، أو ورم يسد القناة الجامعة أو أنبورة فاتر أو أحياناً تندّب القناة (بعد عمل جراحي مثلاً) ، كلّ هذه الحالات قد تؤدّي إلى تضيق، وقد تستلزم عملاً جراحياً يهدف إلى تحرير جريان الصفراء. أما إذا كان الانسداد داخل الكبد كما يحدث في اليرقان المرافق لالتهاب الكبد الفيروسي بأنواعه ، أو أخذ بعض الأدوية، فإنه يحدث انسداد يرقاني ولكن من النوع الذي لا يســـتوجب أي تداخل جراحي . بل يكون العلاج دوائياً ومهمة الطبيب هو أن يفرّق

بين اليرقان الانسدادي الذي يستلزم الجراحة من غيره وذلك بقصة المريض السريرية، و الفحص الجيد ، وربما ببعض الاستقصاءات المخبرية والشعاعية .

١٦- ماذا يقصد بكلمة التهاب المرارة المزمن ؟

يستعمل تعبير التهاب المرارة المزمن على الحالة التي تحدث فيها آلام مرارية متكررة، ولكن خفيفة، بسبب وجود حصيات في المرارة. قد يؤثر التواجد المزمن لهذه الحصيات على جدار المرارة فتتندب، وتتكمش، ويصبح الجدار غير وظيفي، أي لا ينقبض أو يرتخي حسب الظروف والحاجة.

ينتج الألم المراري عادةً من مرور حصاة صغيرة بين الحين والآخر إلى القناة الجامعة، أو القناة المرارية، ولأن هناك اضطراب في وظيفة المرارة، فبالتالي يضطرب إفراز الصفراء إلى الأمعاء، مما ينتج عن ذلك أعراض وعلامات سوء هضم، والتي أهمها عدم تحمل الغذاء المحتوي على الدهون، وانتفاخ البطن، والتجشؤ، وحرقة عند فم المعدة . ولكن المشكلة أن كل هذه الأعراض غير وصفية لالتهاب المرارة المزمن، وتحدث في أمراض كثيرة أخرى داخل البطن، وقد يستلزم الأمر استقصاءات كثيرة للوصول إلى هذا التشخيص.

البَابُ الرَّابِع

تدبير وعلاج أمراض الجهاز المراري

البـــاب الرابـــع

تدبير وعلاج أمراض المرارة والقنوات الصفراوية

١- التدبير الدوائي

أ) العلاج المحافظ

ب) معالجة الألم والقولنج

ج) معالجة الالتهابات الجرثومية

٢- التدبير الجراحي

أ) الجراحة التقليدية

ب) الجراحة التنظيرية

٣- الأورام في الجهاز المراري

تدبير وعلاج أمراض المرارة والقنوات الصفراوية

لقد ذكرنا في الأبواب السابقة أن أهم الأمراض التي تصيب المرارة والقنوات الصفراوية تشمل باختصار :

- **الإصابة بالحصيات المرارية** سواء في داخل المرارة أو في القنوات الصفراوية، وذكرنا أنها قد تحدث مظاهر انسدادية، أو قد تكون صامتة دون مظاهر في داخل المرارة.
- المجموعة الثانية هي **الالتهابات** سواء الحادة أو المزمنة.
- المجموعة الثالثة هي **أورام الجهاز المراري**.

المقصود من شرح التدبير والعلاج في هذا الباب، هو إعطاء فكرة مبسطة وسريعة لكل من يريد أن يعرف سواء المريض أو مرافقوه أو لمجرد الثقافة العامة، عن الوسائل الطبية المتاحة لعلاج الأمراض التي تصيب الجهاز المراري. تساعد هذه المعرفة المريض وأهله في الإجابة عن تساؤلات كثيرة جداً، غالباً لا يَجِدون من يجيبهم عنها، وليس المقصود أن نحول المريض إلى طبيب يقوم بالعلاج أو التدبير، ولكن كل ما نسعى إليه، هو أن نجعله يفهم ويتابع ما يفعله الطبيب، ولماذا يقوم به؟ ومتى يقوم به؟ وما هي احتمالات النجاح؟ وماذا يمكن أن يحدث من اختلاطات؟.

سنشرح في هذا الباب طرق تدبير الحصيات المرارية، سواء التي تترافق مع أعراض أو اللاأعراضية، ثم نقوم بشرح الوسائل المختلفة لعلاج وتدبير التهاب الجهاز المراري وأخيراً نذكر نبذة عن تدبير وعلاج الأورام التي قد تصيب الجهاز المراري أو تؤثر عليه.

١٧- كيف يتم اختيار علاج الأمراض المرارية ؟

فـــي الحقيقـــة ليـــس هناك قاعدة عامة، ولكن يختلف تدبير كلّ حالة على حدة حســـب الموجودات المرافقة، وحسب خبرة الطبيب وما يراه مناسباً لها، ولكن بشكل عـــام يمكـــن تقســـيم الخطـــوط العامة التي يمكن أن يتبعها الطبيب إلى : المعالجات الدوائية فقط ، أو ربما يتطلب الأمر إلى التداخل الجراحي، أو ربما لا يحتاج إلى هذا وذلـــك ، ولكـــن إلى بعض الإجراءات والمداخلات التنظيرية ERCP ، وفي بعض الحالات قد تستدعي الحالة المشاركة بين واحد أو أكثر من الطرق العلاجية الثلاث.

١٨- ما هي الحالات التي تستدعي التدبير الداخلي ؟؟ وما هي خياراته ؟

ما نقصده بالتدبير الداخلي هو اللجوء إلى المعالجة المحافظة، وتتضمن أيضاً عـــلاج مـــا قـــد يـــترافق مع المرض المراري من آلام وقولنج، وأخيراً معالجة الالـــتهابات الجرثومية إذا كانت موجودة... والعلاج الداخلي إما يكون وحده كافياً، ولكن غالباً ما نلجأ إليه، إما قبل أو مع أو بعد التداخلات الجراحية ؟

واللجوء إلى أي خيار من هذه الخيارات هي التي يحددها الطبيب وحده..

أ- العلاج المحافـــظ :

كـــل الإجراءات التي تُـــتَّخذ في العلاج المحافظ هي محاولة إعادة المريض إلى الحالـــة الطبيعية قدر الإمكان، لإعداده لأي إجراءات أخرى، غالباً الإجراءات الجراحية، فمثلاً إذا كان المريض يعاني من اضطراب في الشوارد، وكمية السوائل في الجسم، كما يظهر من التحاليل المخبرية ، يحاول الطبيب أن يعطيه عن طريق الوريد المحاليل الكفيلة بتصحيح ذلك .

مـــن ناحيـــة أخـــرى، كـــثيراً ما تكون هناك اضطرابات في وظائف الكبد، وخاصـــةً وظـــائف التخثر، لعدم تمكن الأمعاء من امتصاص فيتامين «ك K»

الهامة لعملية تخثر الدم، وذلك بسبب نقص إفراز أملاح الصفراء في الأمعاء. في هذه الحالة يعطي الطبيب فيتامين «ك K» لتصحيح هذه الآلية.

فإذا كان المريض يعاني من الداء السكري، فمن الواجب التحكم في مستوى سـكر الـدم قبل البدء في عمل أي إجراء جراحي، وإذا كان المريض متقدماً في العمـر، ويشـكو أو يعاني من قصور في الجهاز القلبي أو التنفسي فيجب تصحيح وضـعه قـبل الإقدام على أي عمل جراحي. بمعنى آخر كل الإجراءات التي من شـأنها تعديل وضع المريض قبل البدء بأي خطوات جراحية أو تداخلات تنظيرية تتدرج نحو العلاج المحافظ.

ب- معالجة الآلام المرارية :

حينما يأتي المريض ولديه قولنج (مغص) مراري، فإن أهم شيء يهدف إليه هـو كيـف يتخلص - آنياً على الأقل - مما يعاني منه من آلام ومغص. ويحاول الطـبيب أن يسـاعده في إنهاء أو التخفيف من هذه الآلام، ولو مؤقتاً، لحين إجراء الجراحة التي تخلصه من مشاكله بشكل دائم.

إن الكـثير مـن المرضى حينما تصيبهم نوبة الألم الشديدة يلجأون من تلقاء أنفسهم إلى أخذ مركبات ومشتقات المورفين لإزالة الألم، أو ربما يوصف لهم عن طريق صديق أو صيدلي، حينذاك يزداد الألم والمغص، وتكون حالتهم بائسة. يمنع أخذ مشتقات المورفين في المغص المراري لأنه يزيد من تقبض مصرة أودّي مما يـزيد التشنج، والانسداد، ويزيد الألم، وبالتالي تؤخذ في هذه الحالات مسكنات ألم مـن زمرة أخرى غير زمرة المورفين، وهذا هو أحد الأمثلة التي تبين أن العلاج الذاتـي أو عـن طريق من ليس لديهم خبرة، قد لا يفيد المريض أو حتى قد يسبب أذية كبيرة.

جـ ـ علاج الالتهابات :

ليـس بالضـرورة أن تترافق الأمراض المرارية مع الالتهابات الجرثومية، ولكـن نسـبة كبيرة ممن يراجعون الطبيب، بسبب إصابة مرارية، تكون في واقع الحال مترافقة مع التهاب جرثومي، سواء حالات التهاب المرارة الحاد أو المزمن، أو التهابات القنوات الصفراوية.

إن أهـم ما يعمله الطبيب في تلك الحالات، سواءً أجرى المداخلة الجراحية إسـعافياً، أو أجـل الجـراحة لوقت آخر، هو القضاء على الالتهاب الجرثومي أو التحكّم فيه ، وخاصةً قبل أن تصل هذه الجراثيم إلى الدم، لإحداث تسمم جرثومي، وهي حالة شديدة الخطورة.

عادةً ما يعطي الطبيب مريضه الصادات الحيوية واسعة الطيف، وربما أمر بـأخذ عينات دم، حينما تكون حالة المريض سيئة ويشك بتجرثم دموي، لإرسالها إلى المخبر من أجل عمل الزرع الجرثومي،وإجراء التحسس نحو الصادات الحيوية Antibiotics لاختبار أكثرها فاعلية نحو الجرثومة التي أدت إلى الالتهاب.

العلاج الجراحي التقليدي لحصيات المرارة

١٩- ما هو العلاج الجراحي التقليدي لحصيات المرارة ؟

إذا كانت الحصيات صامتة واكتشفت عن طريق المصادفة، فربّما لا تستوجب أي تداخل سواء داخلي أو جراحي، إذ تكفي متابعة الحالة أو الطلب من المريض أن يراجع الطبيب إذا ظهرت أعراض تدلل على مصدر مراري، بعد أن تشرح له هذه الأعراض، مثل القولنج المراري، أو أعراض انسدادية مثل اليرقان (أبو صفار)، أو أخيراً مظاهر التهاب، مثل ارتفاع الحرارة والرعشة أو النفضات.

أما إذا جاء المريض بأعراض مرارية، وأثبت الطبيب بعد الكشف والتحاليل والتصوير أن هناك حصيات في المرارة، فالجراحة هي الحل الوحيد، وهو استئصال المرارة، ويفرق الأطباء بين نوعين من الجراحة إما انتخابية أو إسعافية، فالجراحة الانتخابية هي التي تتم على المريض في حالة الهدأة المرضية، أي حينما يكون وضع المريض جيداً، والانتظار لا يؤثر على سير المرض، أما الجراحة الإسعافية، فهي التي تجعل الطبيب يتداخل بشكل إسعافي، لأن الانتظار قد يسيء إلى وضع المريض، وقد يؤدي إلى بعض الاختلاطات.

٢٠- ماذا يقصد بالجراحة الانتخابية «Elective Surgery» ؟

يقصد الجراح بهذا التعبير، إجراء الجراحة (استئصال المرارة)، حينما لا توجد ضرورة إسعافية تستلزم التداخل الفوري، بمعنى أنه إذا أجل العمل الجراحي لا تحدث اختلاطات ومشاكل لا يحمد عقباها، بل على العكس تكون في صالح المريض.

الجراحة الانتخابية تتيح فرصة للطبيب أن يجهز المريض بشكل جيد، ويعده للجراحة في الوقت الذي يناسبه، وتتيح فرصة للمريض أن يستعد للعمل الجراحي، من ناحية الوقت المناسب (إجازة من العمل مثلاً) أو الاستعداد المادي الخ.

٢١ - متى يحتاج المريض إلى جراحة إسعافية ؟

هذا الموضوع يتوقف تماماً على تقدير الطبيب وخبرته، ولكن بشكل عام لا يـلجأ إلى الجـراحة الإسعافية، بأي نوع منها، إلا إذا قدر الطبيب أن الانتظار قد يسيء إلى الحالة العامة للمريض، أو يؤدي إلى اختلاطات قد تكون خطيرة.

كثير من الأطباء يفضلون الجراحة الانتخابية، أي تحضير المريض، حتى أثناء الهجمـة الحـادة، بالتدابير المحافظة، ولكن هناك نسبة من المرضى (حوالي ٢٥٪) تستدعي حالتهم التداخل الجراحي الإسعافي، كما في الحالات التالية :

١) الحالة الحادة التي تزداد سوءً مع المعالجة المحافظة لمدة (٢٤) ساعة.

٢) الخوف من احتمال انثقاب المرارة، أو حدث الانثقاب فعلاً، وتكون خراج.

٣) انثقاب حر في داخل التجويف البطني.

٤) انسداد القناة الجامعة التام وترقي اليرقان (حصاة أو ورم).

وعـلى كـل حـال، ينصح بالكف عن العلاج المحافظ في حالات التهاب المرارة الحادة بسبب الحصيات المرارية، إذا بدأ الألم والمغص ينتشر من المنطقة اليمنى العلوية من البطن إلى سائر أنحاء البطن، وبدأ النبض يتسارع، وحينما تسوء حالـة المـريض، حيـنذاك يفضل بعض الجراحين اللجوء إلى استئصال المرارة الإسـعافي. لقـد وجد أن أسوء فترة يمكن اللجوء فيها للعمل الجراحي في حالات الـتهاب المرارة الحاد، والتي لم تستقر على العلاج المحافظ، تقع بين اليوم السابع والـرابع عشر من بدء الهجمة الحادة، ومن أجل ذلك يفضل أن تجرى العملية في أقرب فرصة من بداية الهجمة إذا تقرر إجراؤها إسعافياً.

أولاً : الجراحة التقليدية لاستئصال المرارة

٢٢- ماهي العمليات الجراحية التقليدية التي تجرى في حالة حصيات المرارة؟؟

بعد تحضير المريض بشكل جيد يمنع من الطعام لمدة ٦ساعات على الأقل، ويتم إحضاره إلى غرفة العمليات حيث يخدر تخديراً عاماً. يتم فتح البطن إما بفتحة تحت حافة الأضلاع اليمنى (حوالي ٨ سم) أو تكون الفتحة وسطية فوق السرة، أو فتحة أيمن الخط الناصف، من خلالها يتم العمل الجراحي.

بعد فتح البطن، عادةً ما يستقصي الجراح الأعضاء داخل البطن مثل الأمعاء، الطحال، الترب، الكبد... ثم يبدأ في كشف منطقة المرارة وتوضيح المعالم التشريحية وتحرير الباحة التي توجد فيها القناة المرارية، والقناة الجامعة، والأوعية الدموية التي سيتعامل معها أثناء الجراحة.

إذا كانت المرارة ممتلئة ومنتفخة بالسائل المراري وذات حجم كبير، فقد يحتاج الأمر إلى شفط السائل المراري بإبرة، حتى يقلل من الحجم، وهذا العمل يساعده في إجرائه الجراحي، ثم يبدأ الجرّاح في التأكد من عدم وجود حصاة أو حصيات في داخل القناة الجامعة، وذلك بجسها من أولها إلى آخرها، أو أحياناً إذا توفرت الإمكانيات داخل غرفة العمليات، بحقن مادة ظليلة وتصويرها شعاعياً للتأكد من خلوها من الحصيات. (Cholangiography).

- يربط الجراح شريان المرارة ، ويربط القناة المرارية (Cystic duct) ثم يحرّر المرارة من سريرها، ويقطع الشريان والقناة المرارية ويُخرِج المرارة.

يتأكد الجراح من عدم وجود أي نزّ دموي، ثم يضع مفجر في مكان العمل الجراحي ويخرجه من ثقب في جدار البطن، حتى تخرج كل المفرزات، ولا تتجمع مكان العمل الجراحي، ثم يغلق جرح البطن. أحياناً لا يحتاج الأمر إلى وضع مفجر حينما تكون ساحة العمل الجراحي نظيفة وجافة.

عـــادةً يكـــون العمل الجراحي سهلاً، ولا يستغرق في اليد الخبيرة أكثر من نصـــف ســـاعة، ولكن قد توجد أسباب، في بعض الحالات، تستلزم عملاً قد يكون شاقاً، ومطولاً، من هذه الأسباب :

* وجود التصاقات كثيرة، إما بسبب التهابات متكررة في المرارة، أو أحياناً تداخلات جراحية سابقة على البطن... الخ .
* وجـــود تغيـــرات خَلْـــقِـــيَّة في تشريح المنطقة، مما يستلزم الحذر الشديد حتى لا تتأذى بعض الأشياء التي تـــترك آثاراً سيئة .
* اكتشـــاف حصوات في القناة الجامعة، لم تبينها الفحوصات السابقة للعمل الجراحي، مما يستلزم عملاً إضافياً لإخراجها (سيشرح لاحقاً) .
* سيدة بدينة جداً .

بعـــد الانـــتهاء من العمل الجراحي، غالباً لا تبقى المريضة في المشفى إلا حوالـــي ثلاثـــة أيـــام، تغطى أثناءها بالمضادات الحيوية، بعد اليوم الثالث يُخْرج المفجر، إذا لم يوجد طرح لأي مفرزات منه.

٢٣ – هل هناك اختلاطات من العمل الجراحي أو بعده ؟

اخـــتلاطات العمل الجراحي قليلة، وهي مشابهة لأي عمل جراحي آخر في اليد المتمرسة الخبيرة، وفي المشفى الجيد المجهز، ومن أمثلة هذه الاختلاطات :

* التهاب الجرح أو مكان الجراحة، وبطبيعة الحال كلما كانت الجراحة جيدة وبـــأقل مـــا يمكـــن مـــن الرَضٌ للأنسجة، وكان التعقيم جيداً في غرفة العمليات، قل هذا الاختلاط.
* يمكن أن تحدث أذية لإحدى البنيات الموجودة في موضع العمل الجراحي، وأهمها بدون منازع هو أذية القناة الجامعة (قطعها أو ربطها مثلاً).

ثانياً : الجراحة التنظيرية لاستئصال المرارة

٢٤- ما هو تاريخ الجراحة التنظيرية لاستئصال المرارة المحصاة ؟

إن تاريخ عمل الجراحة التنظيرية لاستئصال المرارة لم يتجاوز خمسة عشر سنة ، فقد قام جراح ألماني يدعى E.Muhe سنة ١٩٨٥ بأول عملية بدائية من هذا النوع، ولكن طورت من قبل الفرنسيين في سنة ١٩٨٧، ولم تستعمل هذه التقنية في الولايات المتحدة الأمريكية إلا في منتصف ١٩٨٨.

ولأسباب كثيرة، منها الدعاية الواسعة التي لاقتها هذه التقنية الجديدة، وخاصةً من شركات الأجهزة المصنعة للمناظير، ولأن الكثيرين من المرضى، وخاصةً الإناث، لا يرغبن في عمل جرح أو شق بطن يترك ندبة مرئية، ولأن البقاء في المشفى أقل، من أجل كل ذلك، أخذت تنتشر عملية استئصال المرارة التنظيرية بشكل سريع جداً، ولم يمر عقد واحد إلا وكانت تلك العملية هي السائدة والأكثر شيوعاً لعلاج الحصيات المرضية العرضية، ويتوقع أن تحل محل الطريقة التقليدية بالشق الجراحي. وقد بدأت الجراحة التنظيرية تأخذ دورها في معظم الدول العربية ومنها سورية وخاصةً استئصال المرارة، وكانت نتائج هذه العمليات مشجعة جداً، وتماثل تقريباً نتائج الخبرة الأوروبية.

٢٥- ما الفروق بين الجراحة التنظيرية لاستئصال المرارة والجراحة التقليدية ؟

إذا أجريت الجراحة التنظيرية لاستئصال المرارة بواسطة مَنْ لديه خبرة جيدة، ويكون هو في الأصل ذا باع طويل وممارس ممتاز في الجراحة التقليدية، (وذلك لأن «٥٪» من الحالات قد تحتاج إلى فتح بطن لتدارك مشكلة طارئة). وإذا أُجريت العمليات في الحالات التي يحسن اختيارها، والتي ليس لها مضاد استطباب.

في حال توفر تلك الشروط فإن الجراحة التنظيرية لاستئصال المرارة يكون لها المميزات التالية على الجراحة التقليدية :

* لا يوجد شق جراحي ولا تتكون ندبة جراحية (تُفضل العملية لدى الإناث من أجل الناحية الجمالية) .
* الألم وكسل الوظيفة المعوية بعد العمل الجراحي أقل.
* مدة البقاء في المشفى أقل، فالمريض يستطيع الخروج بعد (٢٤) ساعة.
* يمكن العودة إلى العمل، وممارسة كامل النشاط في فترة وجيزة بعد الجراحة التنظيرية (عدة أيام لا تزيد على الأسبوع) .
* قد تكون التكلفة أقل على المدى الطويل .

٢٦ - إذا كانت هذه هي المزايا، فهل هناك بعض السيئات لهذه التقنية ؟؟

إن مشاكل الجراحة التنظيرية نسبية تعتمد على خبرة الجراح الذي يقوم بها وعلى الاستعدادات المتوفرة في المكان، ولكن بشكل عام هناك بعض العموميات منها :

* الرؤية المباشرة والاستقصاء عن طريق اللمس المباشر بأصابع الجراح ربما تسهل له التعرف الجيد على منطقة العمل الجراحي، وخاصةً حينما يكون هناك اختلاف خَلْقي في توزع القنوات والأوعية.
* تحتاج الجراحة التنظيرية إلى خبرة أكبر، وأحياناً تشكل صعوبة أكبر في التحكم في النزف الذي قد يحدث أثناء العمل.
* هناك بعض الظروف التي قد تحد من إجراء الجراحة التنظيرية وتجعلها صعبة، بل أحياناً تستلزم التحول إلى شق البطن، وإجراء الجراحة التقليدية، مثل التهاب مكان الجراحة مع وجود وذمات، أو التصاقات شديدة.
* نسبة أذية القناة الجامعة في الجراحة التنظيرية، وخاصةً في الأيادي غير الخبيرة أكبر من الجراحات التقليدية.

٢٧ - هل توجد إحصاءات تدل على نتائج الجراحة التنظيرية ؟

توجد إحصاءات كثيرة جداً ومن مختلف أماكن العالم، والاختلافات بينها بسيطة، تعتمد كما قلنا سابقاً على خبرة العاملين ومدى استعدادهم، فنسبة الوفيات المباشرة أثناء هذا النوع من الجراحة قليلة جداً وغالباً ما تكون لأسباب غير متعلقة بالعمل الجراحي نفسه، ولكن لأسباب أخرى لدى المريض ، مثل أسباب قلبية أو تنفسية أو عصبية، والجدول التالي يبين نسبة الوفيات من دراسات مختلفة والتي تراوحت بين (صفر و ٩ في الألف)، أما النسبة المئوية التي يضطر فيها الجراح أن يتحول من الجراحة التنظيرية إلى فتح البطن وإكمال العمل بالجراحة التقليدية فتتراوح بين (٢-٨,٥٪) وغالباً ما تكون النسبة عالية في بداية ممارسة الجراح، ومع زيادة الخبرة يقل هذا التحول .

الاختلاطات الكبيرة نادرة على العموم في الأيادي الخبيرة، وأكثر هذه الاختلاطات مأساوية هي أذية القناة الجامعة، والنزوف الشديدة ، وثقب أو تمزق جدار المرارة ونزوح السائل المراري مع الحصيات داخل فراغ البرتوان.

جدول يبين نتائج استئصال المرارة بالجراحة التنظيرية

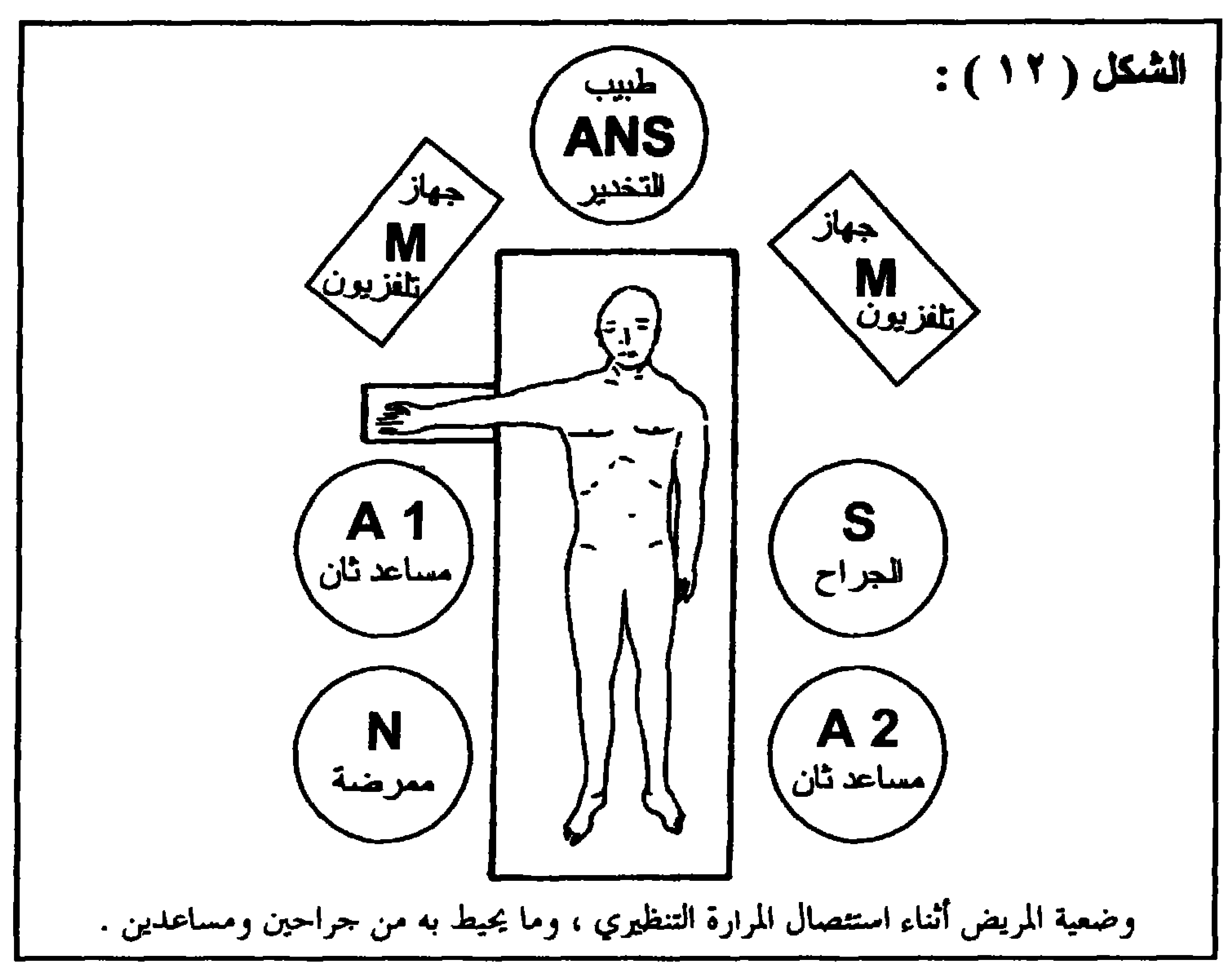
الدراسة	عدد المرضى	التحول إلى الجراحة ٪	٪ الوفيات	٪ الاختلاطات الكبيرة	٪ أذية القناة الجامعة
النادي الجراحي	١٥١٨	٤,٧	٠,٠٧	١,٥	٠,٥
كوشياري وزملاؤه	١٢٣٦	٣,٦	صفر	١,٦	٠,٣
سوبر وزملاؤه	٦١٨	٢,٩	صفر	١,٦	٠,٢
سباو وزملاؤه	٥٠٠	١,٨	صفر	١,٠	صفر
وولف وزملاؤه	٣٨١	٣,٠	٠,٩	٣,٤	صفر
بيلي وزملاؤه	٣٧٥	٥,٠	٠,٣	٠,٦	٠,٣
غريفز وزملاؤه	٣٠٤	٦,٩	صفر	٠,٧	٠,٣
بيترز وزملاؤه	٢٨٣	٢,٨	صفر	٢,١	٠,٤
شريمر وزملاؤه	١٥٢	٨,٥	صفر	٤,٠	٠,٧

٢٨- لماذا يضطر الجراح أحيانا لفتح البطن أثناء الجراحة التنظيرية ؟

لقد ذكرنا سابقاً أن حوالي (٥٪) من حالات استئصال المرارة بالجراحة التنظيرية، يضطر الجراح إلى فتح البطن وتكملة ما بدأه، وذلك لتجنب أذية أو الوقوع في اختلاط لو صمم على إنهاء العمل بالتنظير، وفي كل أنحاء الدنيا، حتى في أكثر المراكز تخصصاً ، يوصون الجراح دائماً أن يفتح البطن إذا ما شعر بما يستوجب ذلك، كما في الحالات التالية :

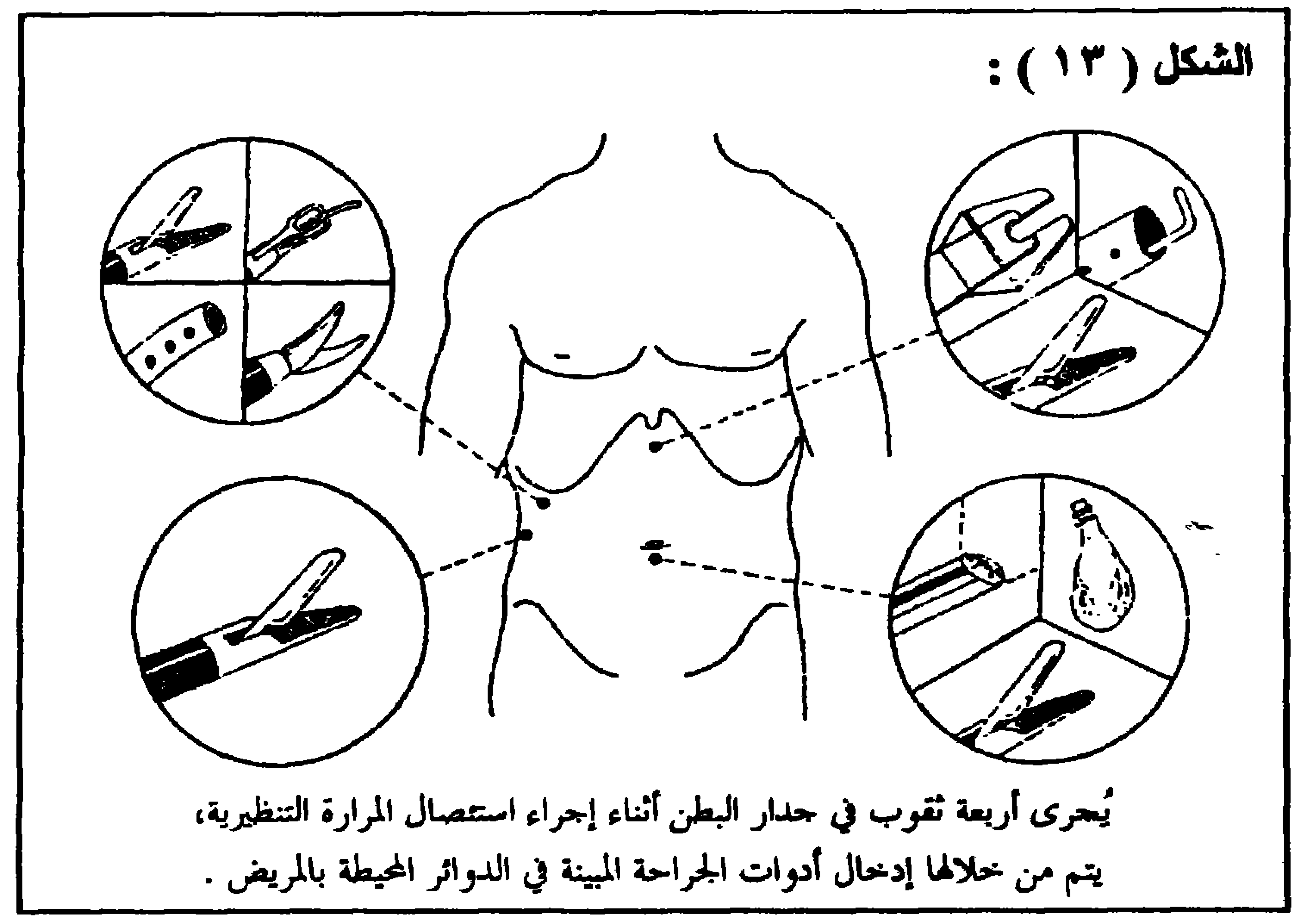
* إذا حدث نزف من وعاء دموي كبير لا يتمكن الجراح من إيقافه.
* إذا حدثت أذية، عن غير قصد، لأحد الأحشاء أو القناة الجامعة.
* إذا اكتشف وجود حصاة في القناة الجامعة، ووجد أنه من الصعب استخراجها تنظيرياً، ووجد أن استخراجها عن طريق ERCP غير ممكن لسبب أو لآخر.
* إذا ظهر له أثناء مناوراته لاستكشاف منطقة الجراحة، أن التكوين التشريحي غير واضح لوجود إلتصاقات أو تليفات أو خطأ تشريحي خَلْقي . و (الشكل ١٢ – ١٤) يبين الخطوات المختلفة لاستئصال المرارة عن طريق الجراحة التنظيرية.

الشكل (١٢) :



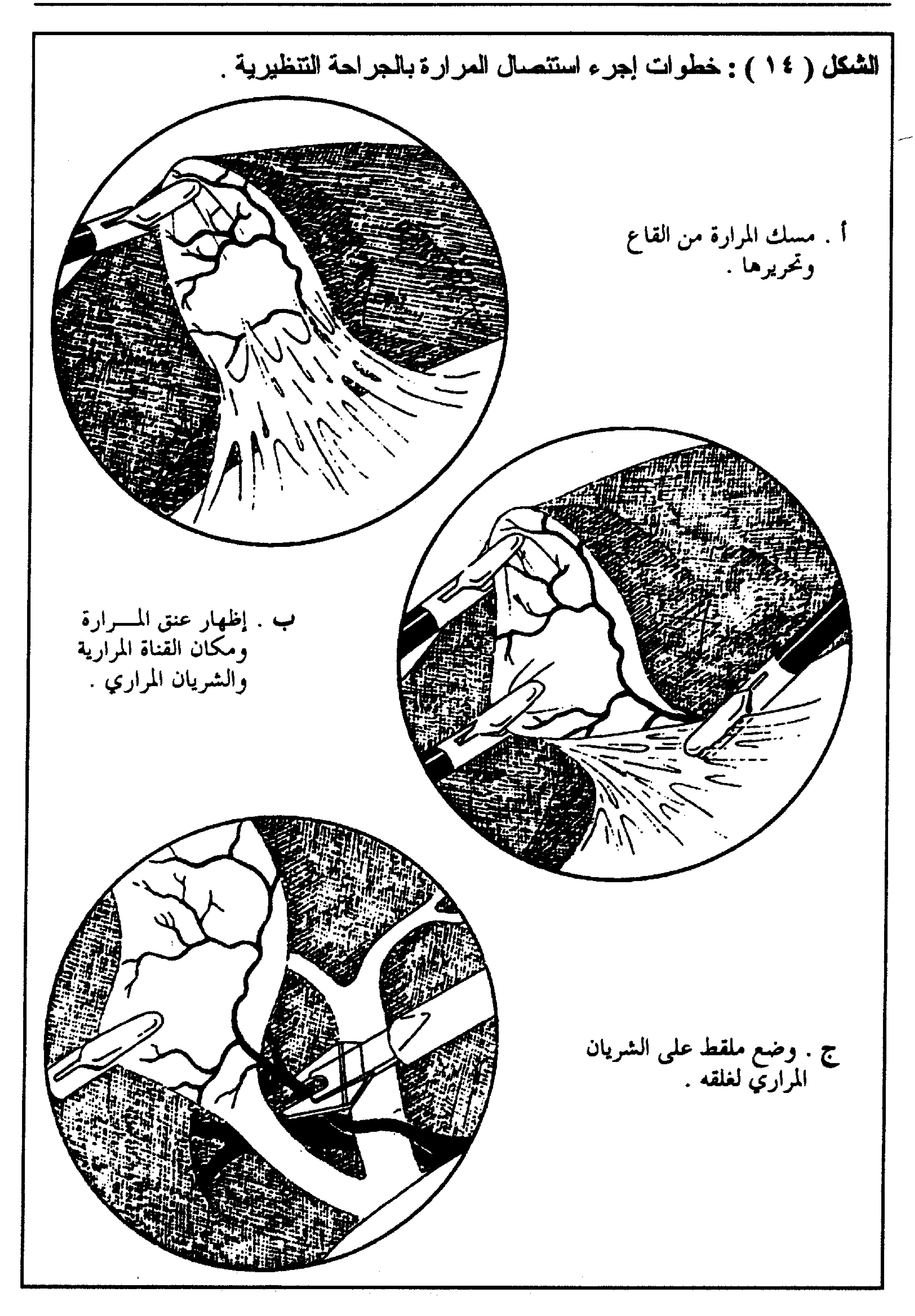
وضعية المريض أثناء استئصال المرارة التنظيري ، وما يحيط به من جراحين ومساعدين .

الشكل (١٣) :



يُجرى أربعة ثقوب في جدار البطن أثناء إجراء استئصال المرارة التنظيرية، يتم من خلالها إدخال أدوات الجراحة المبينة في الدوائر المحيطة بالمريض .

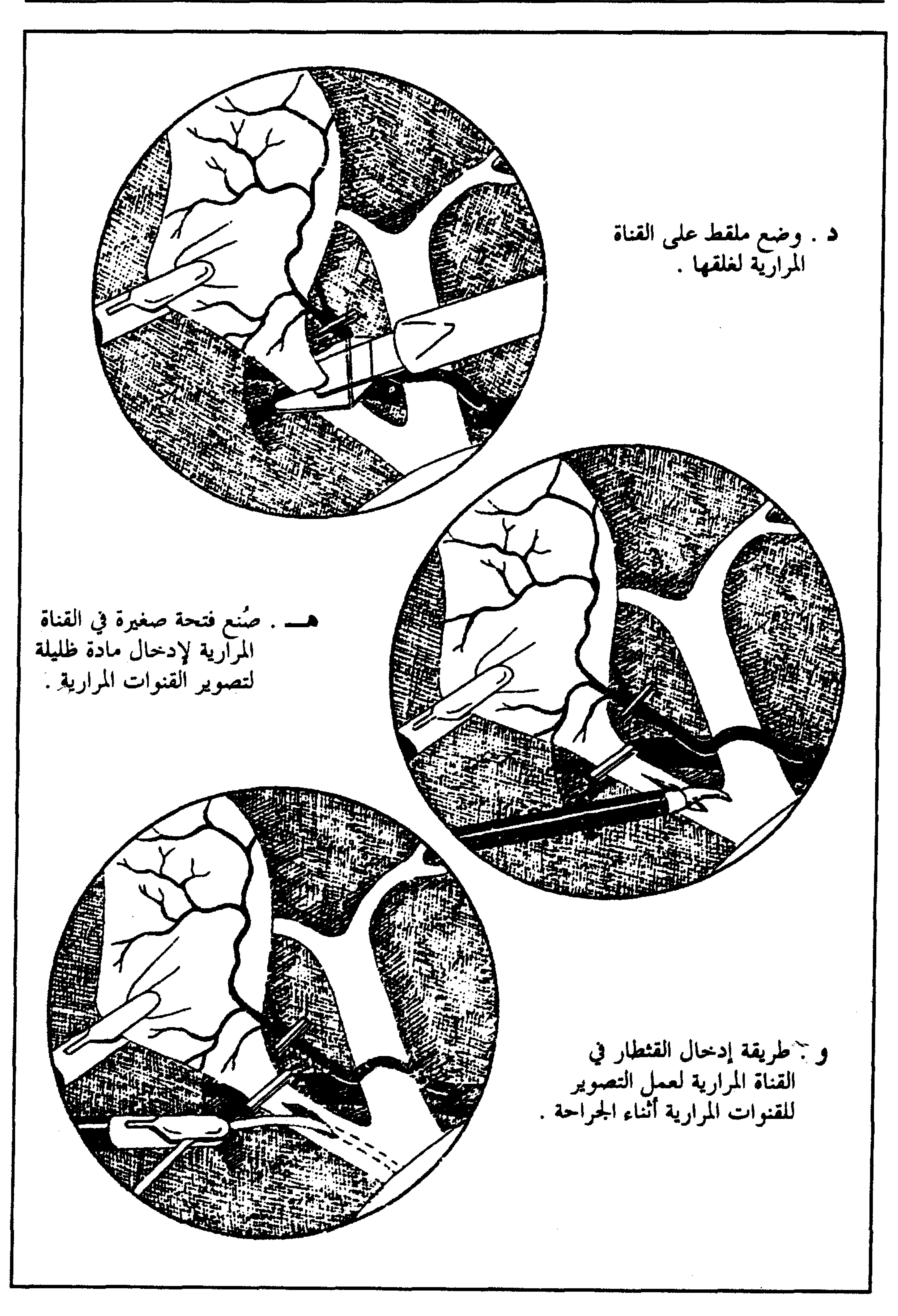
الشكل (١٤) : خطوات إجرء استئصال المرارة بالجراحة التنظيرية .



أ . مسك المرارة من القاع وتحريرها .

ب . إظهار عنق المـــرارة ومكان القناة المرارية والشريان المراري .

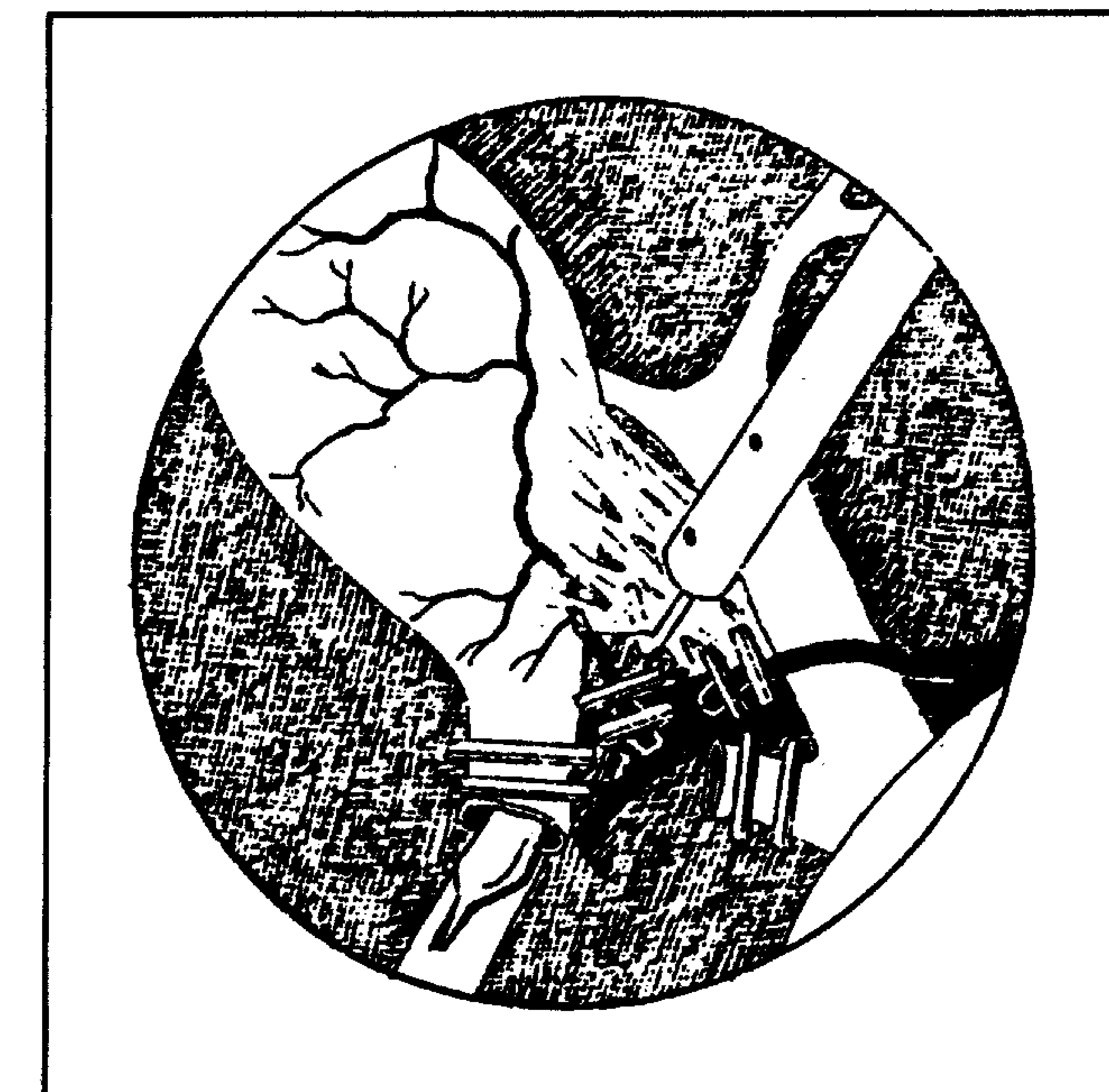
ج . وضع ملقط على الشريان المراري لغلقه .



د . وضع ملقط على القناة المرارية لغلقها .

هـ . صُنع فتحة صغيرة في القناة المرارية لإدخال مادة ظليلة لتصوير القنوات المرارية .

و . طريقة إدخال القثطار في القناة المرارية لعمل التصوير للقنوات المرارية أثناء الجراحة .



ز . بعد الربط المزدوج بالملاقط للشريان المراري، يتم قطعه، وكذلك يتم الإجراء نفسه بالنسبة للقناة المراريـــة . ثم تحرر المرارة وتستخرج من جدار البطن .

٢٩- ما هي العناية الواجب تقديمها للمريض بعد استئصال المرارة تنظيريا ؟

إن أهـــم مـــا يميـــز استئصـــال المرارة التنظيري هي الإقامة القصيرة في المستشفى، فغالباً ما يخرج المريض في اليوم التالي للعملية، كما أن معظم المرضى لا يحـــتاجون عـــناية خاصـــة. قـــد يشعر بعض المرضى بالغثيان بعد الإفاقة من التخدير، أو ربما قد يعاني البعض من الإقياء، ولكن تختفي هذه الأعراض بإعطاء المريض بعض مضادات الإقياء.

قـــد يشـــكو قلة من المرضى بعض الألم الخفيف وخاصة في منطقة الكتف الأيمن في اليوم أو اليومين الأولين بعد الجراحة، ويمكن تخفيف أو حتى إزالة هذا الألـــم بقليل من المسكنات. يشجع المريض في أقرب وقت بعد العمل الجراحي من مزاولة النشاط والمشي وعدم الرقاد في السرير، ويمكن العودة إلى عمله بعد أسبوع أو أقل.

من ناحية النظام الغذائي، يمكن للمريض أن يتناول طعاماً خفيفاً، مثل الحساء (الشوربة) أو الخضار المسلوقة في اليومين الأولين، ثم يمكن له بعد ذلك أن يتناول طعامه المعتاد حسب شهيته.

٣٠- ما هو سبب بقاء بعض الآلام وبعض المظاهر البطنية الأخرى عند بعض المرضى بعد استئصال المرارة سواء الجراحية أو التنظيرية ؟

لقد لوحظ أن حوالي (١٠ ٪) من المرضى الذين استؤصلت مراراتهم، تستمر معاناتهم من آلام بطنية وبعض المظاهر الأخرى التي كانوا يشكون منها قبل العمل الجراحي أو التنظيري، مثل عسر الهضم، وخاصة للمواد الدسمة، أو الانتفاخ وكثرة الأرياح، وبعض الآلام المبهمة وغير الوصفية.

إن أحد التفسيرات لهذه الظاهرة هو أن الأعراض والشكاية قبل العمل الجراحي لم تكن في الأصل بسبب الحصيات المرارية. وبالرغم من ذلك لا يرتكن الطبيب إلى هذا التفسير وحده، فهناك أسباب مختلفة أخرى قد تكون السبب منها؛ وجود حصاة صغيرة في القناة الجامعة لم ينتبه إليها أثناء العمل الجراحي، أو قد يكون السبب التهاب البنكرياس والذي يترافق مع كثير من أمراض الجهاز المراري، وقد يكون السبب مرض آخر مرافق مثل الأمعاء المتهيجة أو القلس المريئي أو التهاب المعدة.. الخ.

من ناحية أخرى لقد وجد أن بعض الحالات تنتج بسبب تشنج أو خلل في وظيفة مصرة أودّي، مما يسبب زيادة الضغط داخل القناة الجامعة. إذا ثبت ذلك للجراح (ببعض الاستقصاءات الحديثة)، يمكن معالجة هذه الحالة ببضع المصرة أو توسيعها بالبالون عن طريق ERCP . وعلى كل حال يجب استقصاء كل الحالات التي يستمر فيها الألم البطني، والأعراض الهضمية الأخرى للوصول إلى تشخيص السبب الحقيقي.

حصيات القناة الجامعة

٣١- كيف تتكون حصياة القناة الجامعة ؟؟

إن الغالبية العظمى من حصيات القناة الجامعة تكون نتيجة مرور بعض الحصيات من المرارة إليها. ونادراً ما تتكون الحصيات داخل القناة ذاتها، إلا إذا كانت متوسعة بسبب انسداد بحصاة أو ورم.

لقد ذكرنا سابقاً أنه لا تحدث أعراض لحصيات القناة الجامعة إلا إذا أدّت إلى الانسداد، سواء التام أو الجزئي، وذكرنا أن هذا الانسداد غالباً ما يكون متناوباً أو متقطعاً، وتشمل هذه الأعراض والعلامات واحداً أو أكثر مما يلي :

- ارتفاع البليروبين، وخميرة الفسفتاز القلوية.
- الألم المراري ، المتقطع غالباً .
- التهاب القنوات الصفراوية (تترافق مع حمّى ورعدات وتعرق).
- ارتفاع عدد الكريات البيضاء (إذا حدث التهاب القنوات الصفراوية).
- التهاب البنكرياس إذا سدت الحصاة نهاية القناة الجامعة.

٣٢- كيف يؤكد تشخيص وجود حصيات في القناة الجامعة ؟

يجب جسّ القناة الجامعة أثناء استئصال المرارة لمعرفة ما إذا كانت تحتوي على حصيات، وإذا توفرت الإمكانيات، يجب إجراء تصوير ظليل لإظهار القناة الجامعة وكل تفرعات القنوات الصفراوية Cholangiography. وبالرغم من ذلك تُغفل حوالي (٥ ٪) من الحالات حيث لا تكتشف بعض الحصيات الصغيرة إلا بعد العمل الجراحي.

أما إذا لم يكن هناك عملية استئصال مرارة، وظهرت أعراض تدلل على وجود حصيات في القناة الجامعة، فيمكن كشفها عن طريق التصوير بالإيكو في

(٩٥ ٪) من الحالات، أو قد يتم اللجوء إلى ERCP لتصوير القنوات الصفراوية، أو تصويرها خلال الجلد وعبر الكبد PTC .

٣٣- كيف يتم تدبير وعلاج حصيات القناة الجامعة ؟

هناك طرق مختلفة لتدبير حصيات القناة الجامعة، حسب ما تتطلبه كل حالة على حدة، ويمكن ذكر بعض المقاربات التي يلجأ إليها الجراح باختصار:

*- إذا اكتشفت الحصيات أثناء استئصال المرارة، تفتح القناة الجامعة، وتفرغ من الحصيات، ثم يوضع أنبوب بشكل T في داخل القناة، ويتم إخراج طرف الأنبوب من خلال ثقب في جدار البطن إلى خارج الجسم، حتى تخرج الصفراء، ويؤدي ذلك إلى تخفيف الضغط في القنوات الصفراوية.

*- إذا شُخِّصَت الحصيات المرارية قبل العمل الجراحي، وكان هناك استطباب لاستئصال المرارة، يمكن فتح البطن، واستئصال المرارة، وفتح القناة الجامعة وتفريغها من الحصيات، ووضع أنبوب T كما شرح في الخطوة السابقة.

*- إذا لم يكن هناك استطباب لاستئصال المرارة، أو وجدت الحصيات في مريض استؤصلت مرارته مسبقاً، أو أخيراً إذا كانت حالة المريض لا تتحمل العمل الجراحي، فيمكن عن طريق المنظار الداخلي ERCP بَضْع (عمل شق صغير) مصرة أودّي Papillotomy ، أي تُقَصّ المصرة عن طريق سلك رفيع لتوسيع الفتحة النهائية للقناة الجامعة فيتيح فرصة للحصاة أن تنزل إما تلقائياً، أو عن طريق إحاطتها بشبكة من السلك، ثم تشد إلى العفج.

يبقى أن نذكر أن هناك إمكانية لتفريغ القناة الجامعة مما فيها من حصيات أثناء الجراحة التنظيرية، ولكن تحتاج هذه العملية إلى خبرة خاصة، ولا يجب أن يقوم بها إلا من مارس هذه التقنية ، وتعوّد عليها وأتقنها .

وأخيراً يجب أن نذكر أن نسبة قليلة ممن تُجرى لهم هذه العمليات، سواء الجراحية أو التنظيرية، أو ERCP، تحدث لهم بعض الاختلاطات التي أهمها النزف أو التهاب البنكرياس.

تشخيص ومعالجة الالتهابات الحادة في الجهاز المراري

أولاً : التهاب المرارة الحاد

٣٤- كيف يصل الطبيب إلى تشخيص أكيد لالتهاب المرارة الحاد ؟

لقد ذكرنا سابقاً الأعراض والعلامات التي توجه الطبيب إلى وضع تشخيص التهاب المرارة الحاد. فإذا أراد تأكيد هذا التشخيص، لجأ إلى بعض الاستقصاءات البسيطة، مثل :

- طلب فحص للبطن بالإيكو، وهي طريقة بسيطة جداً، وغير مكلفة، وموثوقة في أكثر من (٩٥ ٪) من الحالات. ستظهر الصورة حصيات في المرارة، وربما أيضاً في القناة الجامعة.
- قد يطلب الطبيب بعض الفحوص المخبرية، مثل وظائف الكبد حتى ينفي احتمال التهاب الكبد، والذي قد يتظاهر بألمٍ في الجزء العلوي الأيمن من البطن، مشابها لألم التهاب المرارة، وربما طلب الطبيب أيضاً قياس خميرة الأميلاز حتى يثبت أو ينفي حدوث التهاب البنكرياس، كما يطلب تعداد الكريات البيض التي ترتفع في التهاب المرارة الحاد.
- إذا كان التهاب المرارة الحاد شديداً، قد يحدث تجرثم دموي، وقد يستلزم ذلك أخذ عينات دم من أجل الزرع الجرثومي، وإجراء التحسس للمضادات الحيوية.

إن الغالبية العظمى من المرضى لا يحتاجون أكثر من ذلك، والطبيب ذو الخبرة هو الذي يقلل قدر الإمكان من الاستقصاءات، ويطلب الضروري منها فقط.

٣٥- إذا ثبت تشخيص التهاب المرارة الحاد فكيف تعالج ؟

إذا حضر المريض بهجمة حادة من التهاب المرارة، سواء للمرة الأولى، أو ربما تكراراً لهجمات سابقة، فإن هناك خطين أساسيين للمعالجة :

أولاً : المعالجة المحافظة : وتطبق في ثلثي الحالات تقريباً، وتشمل إدخال أنبوب إلى المعدة لرشف المفرزات، وإعطاء سوائل عن طريق الوريد لتصحيح التجفاف والشوارد، وأخيراً تغطية المريض بالمضادات الحيوية حتى نمنع تجرثم الدم، ونقضي على الالتهاب الجرثومي للقنوات الصفراوية. هذه الطريقة كافية لتحسين معظم مرضى التهاب المرارة الحاد، والتخفيف أو القضاء على الهجمة الحادة.

نكون بهذا الأسلوب قد حضّرنا المريض للعمل الجراحي في وقت لاحق لاستئصال المرارة، سواء جراحياً أو تنظيرياً، حيث أن ذلك هو العلاج الشافي للمرارة المحصاة، أو للمريض الذي يعاني من هجمات متكررة من التهاب المرارة حتى ولو لم تكن محصاة.

ثانياً : الجراحة الإسعافية : يفضل بعض الجراحين إجراء الجراحة الإسعافية لمن يعانون من التهاب المرارة الحاد، بعد تحضيرهم خلال (١٢-٢٤) ساعة، وذلك بإجراء استئصال المرارة، وخاصة لهؤلاء المرضى الذين تسوء حالتهم رغم المعالجة المكثفة خلال تلك الفترة، وكذلك للمرضى الذين يُخشى حدوث اختلاطات لديهم أو حدثت بالفعل- مثل انثقاب المرارة، أو الخوف من تفاقم مرض قلبي أو تنفسي وخاصة لدى المسنين.

وعلى كل حال، يبقى قرار إجراء الجراحة الإسعافية هو قرار الجراح وحده، لأنه هو الذي يوازن بين مخاطر الجراحة الإسعافية ، مع مخاطر الانتظار والتأخير.

ثانياً : التهاب القنوات الصفراوية الحاد

٣٦- كيف يشخص الطبيب التهاب القنوات الصفراوية الحاد ؟

لقد ذكرنا أن التهاب القنوات الصفراوية الحاد يتميز بثلاثية وصفها شاركوت هي؛ الألم المراري، الحمى والرعدات، واليرقان. وقلنا أن ما يميز هذه الأعراض أنها متقطعة، أي تأتي وتروح عدة مرات. إن وجود هذه الأعراض يعتبر واسماً من الناحية السريرية لتشخيص التهاب القنوات الصفراوية بسبب وجود الحصيات غالباً.

إن تأكيد التشخيص يكون عن طريق نفس الوسائل التي استعملت في تأكيد تشخيص التهاب المرارة الحاد، بمعنى أن الإيكو قد يظهر الحصيات داخل القناة الجامعة، ويظهر تحليل الدم ارتفاعاً في عدد الكريات البيضاء، قد يكون كبيراً. كذلك يوجد اضطراب متوسط الشدة في البليروبين وخمائر الكبد.

غالباً ما يطلب قياس الأميلاز والليباز، وهي خمائر يدلل ارتفاعها على التهاب البنكرياس، والذي يترافق أحياناً مع التهاب القنوات الصفراوية، وأخيراً قد يطلب زرع الدم لمعرفة ما إذا كان قد حدث تجرثم دموي أم لا.

٣٧- كيف يعالج التهاب القنوات الصفراوية الحاد ؟

إن هجمة الالتهاب الحاد للقنوات الصفراوية قد تكون معتدلة وعابرة، وربما لا تستلزم أكثر من إعطاء بعض المضادات الحيوية النوعية التي تخفف من شدة الحالة، وتسيطر على الالتهاب في مدى (٢٤-٤٨) ساعة، بعدها يمكن دراسة الحالة في حالة الهدأة استعداداً لتدبير الحصيات الموجودة في القناة الجامعة والمرارة، كما تم شرحه سابقاً.

ولكن في عدد قليل من حالات التهاب القنوات الصفراوية الحاد (٥-١٠ ٪) تكون الهجمة صاعقة، فيأتي المريض ودرجة حرارته (٣٩-٤٠مْ)، وينتفض جسمه بشدة، ويعاني من حالة إعياء ووهن شديدين، كما يشعر بآلام بطنية شديدة، وخاصة فـــي الجــانب الأيمــن من أعلى البطن، ولا يستطيع تحمل أي لمس أو جس لهذه المــنطقة، وإذا كان قد حدث تجرثم دموي، أو بدأت القنوات الصفراوية المتوسعة بسبب الانسداد، تمتلئ بالصديد، عند ذلك قد يأتي المريض وهو في حالة صدمة.

تستلزم حالة من يصابون بهذا الالتهاب الحاد الصاعق، عناية مشددة، ورعاية إسعافية خاصة ومكثفة، لأن خطورة هذه الحالات، والإنذار السيئ حين حدوث أي تقصــير، قد يؤدي إلى نتائج مأساوية. من ناحية أخرى ، فبالرغم من كل ما يبذل من عناية مشددة، قد تصل نسبة الوفيات إلى أكثر من (٢٠ ٪) من الحالات، وذلك بسبب الصدمة الجرثومية، أو قصور في عمل واحد أو أكثر من الأجهزة المختلفة، كالقلب، أو الكلية، أو الجهاز التنفسي، ... الخ.

يشمل العلاج المكثف لهذه الحالات :

- التغطية التامة وواسعة الطيف بالمضادات الحيوية، وبأعلى كميات يراها الطبيب مناسبة لكل حالة على حدة.
- إعطـــاء المحاليل المناسبة عن طريق التسريب الوريدي لتعديل التوازن الشــاردي الســائلي فــي الجسم، وإعطاء التغذية المناسبة عن طريق الوريد.
- قــد يســتلزم الأمــر التداخل الجراحي الإسعافي لتخفيف الضغط على الشــجرة الصفراوية، بإحدى المناورات الجراحية، حسب ما تسمح به حالة المريض.
- قــد يكــتفي الطبيب ببضع (عمل شرط بسيط) مصرّة أودي عن طريق ERCP ، وبالــتالي تحرير انسداد القناة الجامعة بعد إخراج الحصيات منها.

أورام المرارة والقنوات الصفراوية

٣٨- ما هي أورام الجهاز المراري وما مدى انتشارها ؟؟

أورام المرارة والقنوات الصفراوية نادرة الحدوث جداً، وإذا حدثت فغالباً ما تكون خبيثة. سرطانة المرارة أكثر حدوثاً في النساء بخمسة أضعاف عنها في الرجال. في (٩٠ ٪) من الحالات يوجد حصيات في المرارة، مما قد يوحي بوجود علاقة بين الحصيات المرارية وحدوث سرطانة المرارة.

أمـــا بالنســـبة لسرطانة القناة الجامعة فهي أكثر ندرة من سرطانة المرارة، وتحـــدث في الرجال أكثر من النساء، وقد وُجِدَ أنها تترافق في (٣٠٪) من الحالات مع حصيات القناة الجامعة، كما وجد أن الإصابة بالتهاب القولون التقرحي، وببعض الطفيليات، وأمراض أخرى، تزيد من احتمالات الإصابة بهذه الخباثة. أخيراً، أكثر ما تحدث سرطانات الجهاز المراري في الأعمار بين (٦٠-٧٠) عاماً.

٣٩- ما الأعراض والعلامات في حالة الإصابة بأورام الجـــهاز المراري ؟

بعـــض حـــالات ســـرطانة المرارة يكتشف مصادفةً بعد استئصال المرارة وفتحها، حيث يظهر الورم في أشكال مختلفة في جدار المرارة ، ويثبت التشخيص بعـــد إرســـاله لـــلفحص النســـيجي. في أحيان أخرى يُشاهَد الورم بعد فتح البطن وملاحظـــة انتشـــار الـــورم للأنسجة المجاورة أو العقد اللمفاوية. غالباً ما تعطي سرطانة القناة الجامعة أعراضاً وعلامات أكثر وأبكر من سرطانة المرارة.

يمكـــن ، على كلّ حال ، أن تتظاهر أورام الجهاز المراري بإحدى الصور التالية :

- ألـــم مزمن في الجزء العلوي الأيمن من البطن ، وخاصة إذا ترافق الـــورم مع انتشاره للأعضاء المجاورة ، أو أحدث انسداداً للقنوات المرارية.
- يفقد المريض من وزنه دون تفسير واضح.
- يــرقان « أبـــو صفار » مستمرّ في الشدّة ، حتّى يصل إلى درجات عاليـــة، (ارتفاع شديد في مستوى بليروبين الدم) ، وخاصة إذا كان الورم في القناة الجامعة.
- حكّـــة جلدية شديدة تتناسب مع شدّة انحباس الصفراء ، وتأتي الحكّة متأخّرة عن اليرقان ، عكس ما يحدث في التهاب القنوات الصفراوية التصلّبي ، حيث تظهر الحكّة قبلِ اليرقان عادة.
- قد تحدث هجمات حادّة من التهاب المرارة.
- أحياناً قد تجسّ كتلة في الجزء العلوي الأيمن من البطن.

٤٠ – كيف يمكن تشخيص أورام الجهاز المراري ؟

للأســـف الشديد، معظم حالات أورام الجهاز المراري تشخّص متأخّراً حينما تظهـــر الأعراض السريرية، ومن أجل ذلك فإنذار هذه الأنواع من الخباثات سيّئ جداً، ولكن مع التقنيات الحديثة، أمكن الكشف عن بعض هذه الأورام في مراحل قد يفيد فيها الاستئصال الجراحي .

إنّ طرق التصوير المختلفة قد تساعد في التوجيه نحو وجود ورم في المرارة أو القناة الجامعة، ويمكن عن طريق تصوير القناة الصفراوية بـــERCP أو PTC أن يـــبيّن ذلـــك وجود كتلة داخل القناة ، ويمكن أخذ خزعة من الكتلة ، أو أحياناً أخذ غُسالة أو رُشافة من المكان المشتبَه فيه ، وفحصها نسيجياً لتأكيد التشخيص .

٤١ - هل هناك علاج لأورام الجهاز المراري ؟

إذا اكتُشِفَتْ سرطانة المرارة في المراحل الأولى ، فقد يؤدّي استئصال المرارة إلى الشفاء في نسبة جيّدة من الحالات. ولكن ، لسوء الحظّ، حين اكتشاف الورم تكون فرص الجراحة ضئيلة، وحتى لو أجريت فإنّ الشفاء، (الحياة لمدّة خمس سنوات بعد العملية)، لا يتعدّى (٥ - ١٠٪) .

إنّ معظم التداخلات الجراحية أو التنظير الداخلي الراجع ERCP ما هي إلاّ مداخلات تلطيفية ، لإتاحة فرصة لسائل الصفراء بالمرور إلى الأمعاء ، فيقلّل اليرقان والحكّة ، ويزيل الانسداد في القنوات الصفراوية. يتمّ ذلك إمّا جراحياً عن طريق مفاغرة (توصيلة) بين المرارة والمعي الدقيق ، أو عن طريق إدخال ستنت (أنبوب) في الكتلة الورمية لتفتح مجرى للسائل الصفراوي .

الباب الخامس

الخلاصة والتوصيات

الخلاصة والتوصيات

بعــد هــذه الرحلة الطويلة في أمراض المرارة والطرق الصفراوية، والتي اجتهدنا ما وسعنا الجهــد أن نبســط الأمور بحيث تصل إلى القارئ بشيء من اليسر والسهولة، آثرنا أن نضيف عدة صفحات قليلة، لكل من لا يرغب في قراءة كامل الكتيب، نُجْمل ونلخص في هذه الصفحات ما سبق شرحه بشيء من الاختصار، لأخذ فكرة عن أمراض المرارة، وطرق تشخيصها، ووسائل تدبيرها.

الخلاصــة

- يصنع الكبد مادة الصفراء، ويفرزها عن طريق قنوات دقيقة لتكون القناة الكبدية العامة، والتي تتحد مع قناة المرارة لتكون القناة الجامعة التي تصب الصفراء في الأثنى عشر (العفج).
- يفــرز حوالــي لتر واحد من الصفراء في اليوم. أثناء عدم تناول الطعام تختزن الصفراء في المرارة، وعند تناول الطعام تتقبض وتفرز الصفراء بمرورها في القناة الجامعة إلى الأمعاء.
- أمراض المرارة والقنوات الصفراوية تشمل :

  أ) تكوُّن الحصيات.   ب) الالتهابات.   ج) الأورام.

أولاً : الحصيات المرارية

- ➢ تــتكون الحصيات المرارية إما في المرارة (وهذا هو الأكثر شيوعاً)، أو تتكون في القنوات المرارية، أو تنتقل إليها من جوف المرارة.
- ➢ أكــثر مــن (٦٠ ٪) ممن لديهم حصيات مرارية ليست لديهم أعراض ولا يشكون من شيء. حوالي (٣٠ – ٤٠ ٪) منهم يشكون من : أ) ألم (قولنج مراري) ، ب) يرقان (أبو صفار) إذا سدَّت الحصاة القناة الجامعة أو القنوات المرارية الكبدية، ج) ارتفاع حرارة مع رعشة إذا حدث التهاب للمرارة أو القنوات الصفراوية .
- ➢ هــناك طــرق كــثيرة للكشــف عــن الحصــيات المرارية سواء في المرارة أو القنوات الصفراويــة، ولكن أهمها هو استخدام التصوير بالإيكو، حيث يعطي أكثر من (٩٠-٩٥٪) إيجابية حقيقية في حال وجود حصيات.
- ➢ قد يحتاج المريض إلى بعض الفحوص المخبرية لإعداده للعلاج وخاصة العمل الجراحي.
- ➢ إذا كــانت الحصــيات المــرارية صامتة (أي ليس لها أي أعراض)، فإن أكثر الأطباء لا يحبذون أي عمل جراحي، إلا إذا كان المريض سكرياً، أو كان جدار المرارة متكلساً .

- الحصـيات المـرارية الـتي يشكو المريض من أي أعراض بسببها، فالعلاج الشافي هو الاستئصال الجراحي، أو الجراحة التنظيرية.
- غالباً ما تكون الجراحة انتخابية **Elective** أي يحضر المريض أولاً حتى تهدأ الحالة الحادة ثم تجرى الجراحة. ولكن قد يلجأ إلى الجراحة الإسعافية لأسباب يقدرها الجراح.
- تـتفوق الجراحة التنظيرية على الجراحة بفتح البطن بالآتي : أ) عدم وجود شق جراحي . ب) مـدة الـبقاء فـي المشـفى أقل . ج) تكون العودة إلى العمل أبكر . د) ربما تكون الاختلاطات أقل .
- قـد يسـتلزم الأمر في بعض الحالات (بحدود ٥ ٪) إلى فتح البطن أثناء إجراء الجراحة التنظيرية لأسباب يقدرها الجراح، وهذا لا يمثل عيباً أو اختلاطاً للجراحة التنظيرية .
- إذا تـركت الحصـيات المرارية ذات الأعراض دون استئصال، فقد ينتج عن ذلك بعض الاخـتلاطات مـثل الـتهاب المرارة الحاد أو المزمن، وقد تكون الاختلاطات خطيرة مثل انثقاب المرارة، أو تجمع الصديد بداخلها، أو حدوث يرقان (أبو صفار) انسدادي، وأخير قد يكون لها علاقة بتكون السرطان.
- لا بد من إزالة الحصيات إذا وجدت في القناة الجامعة أو القنوات الصفراوية إما جراحياً أو تنظيرياً أو عن طريق التنظير الراجع **ERCP** .

ثانياً : التهابات المرارية والقنوات الصفراوية

- قـد يـأتي المريض إلى الطبيب بسبب أعراض التهاب المرارة الحاد، والتي تشمل؛ آلاما شديدة في الجانب العلوي الأيمن من البطن، مصحوباً بارتفاع في درجة الحرارة، ورعشة، وأحياناً (أبو صفار) .
- إذا أجريت بعض الفحوص، وخاصة الإيكو فقد يظهر بعض الحصيات في المرارة أو القنوات المرارية، وكذلك ارتفاع في عدد الكريات البيضاء، كما قد يبين زرع الدم وجود بعض الجراثيم.
- إذا وصـل الالتهاب إلى القنوات الصفراوية داخل الكبد، كانت الأعراض أشد، وغالباً ما يحدث غثيان وإقياء مع رعدة شديدة، وارتفاع كبير في درجات الحرارة.
- غالباً ما يكون العلاج محافظاً بإعطاء المسكنات، وتغطية المريض بالمضادات الحيوية المناسبة.
- قد يتكرر الالتهاب الحاد، وتتحول الحالة إلى التهاب المرارة المزمن.
- بعـد هـدوء الحالة الحادة يجب العمل على استئصال المرارة، وإزالة الحصيات من القناة الجامعة إذا كانت موجودة، إما بالجراحة التقليدية أو التنظيرية أو بالتنظير الراجع **ERCP** .

ثالثاً : أورام الجهاز المراري

- أورام المرارة والقنوات الصفراوية نادرة الحدوث، وسرطانة المرارة أكثر حدوثاً في النساء من الرجال بخمسة مرات.
- تتظاهر أورام المرارة والقنوات المرارية بألم مزمن في الجزء العلوي الأيمن من البطن، وخاصة إذا انتشر السرطان للأعضاء المجاورة، كما يفقد المريض الكثير من وزنه، وقد يحدث يرقان إذا حدث انسداد للقناة الجامعة أو إحدى القنوات الصفراوية، ويصاحب ذلك عادة حكة جلدية .
- يتم تشخيص الأورام غالباً عن طريق تصوير القنوات الصفراوية والبنكرياسية التنظيري الراجع **ERCP** أو تصوير القنوات الصفراوية عبر الكبد خلال الجلد **PTC** .
- علاج أورام المرارة إذا اكتشف مبكراً قبل الانتشار إلى الأعضاء المجاورة يكون بالاستئصال الجراحي، والنتائج جيدة .
- غالباً ما تكتشف أورام القنوات الصفراوية متأخراً، وغالباً ما يكون العلاج ملطفاً، لإتاحة فرصة لسائل الصفراء بالمرور إلى الأمعاء، فيقلل اليرقان والحكة، يتم ذلك إما جراحياً عن طريق مفاغرة (توصيلة) بين المرارة والمعي الدقيق، أو عن طريق إدخال ستنت (أنبوب) لفتح مجرى يمر منه السائل المراري .

التوصيات :

- يمكن، ولو بشكل نسبي، الوقاية من أمراض المرارة عن طريق عدم الإفراط في الطعام وتجنب البدانة بكل الوسائل (حمية ورياضة)، وكذلك تجنب كثرة الحمل والولادات، وأخيراً الإقلال من استعمال حبوب منع الحمل .
- معظم أمراض المرارة والجهاز المراري يمكن علاجها والشفاء منها تماماً إذا ما عرفت متى تتوجه إلى الطبيب، وإذا تم تشخيص المرض بشكل جيد، وإذا تم تدبيره سواء بالتداوي أو الجراحة بطريقة مثلى.
- إهمال مراجعة الطبيب، أو اللجوء إلى وصفات شعبية، في أمراض المرارة الحادة قد يكون لها عواقب وخيمة يصعب التعامل معها.
- المعالجات الجراحية أو الجراحة التنظيرية أصبحت جميعها آمنة جداً، ولا تحدث الاختلاطات إلا نادراً.
- التداخلات التنظيرية الراجعة **ERCP** أصبحت متوافرة، وتستخدم بشكل واسع في التشخيص وفي بعض المعالجات الجراحية.
- في حال وجود ألم من مصدر مراري يجب أن لا يسكن هذا الألم بالمورفين أو مشتقاته.



هذا الكتاب يجيب عن :

١- ما هي الحصيات المرارية وما مدى انتشارها ؟
٢- لماذا يصاب بعض الناس بالحصيات المرارية دون البعض الأخر ؟
٣- ما هي العوامل المؤهبة لحدوث الحصيات المرارية ؟
٤- هل كلّ مريض لديه حصيات في المرارة ، يشكو من أعراض سريرية ؟
٥- متى تحدث الأعراض لمن لديه حصيات مرارية صامتة ؟
٦- ما هو التصرف حين اكتشاف حصيات مرارية عن طريق المصادفة ؟
٧- ما هي أعراض احتمال وجود حصيات مرارية ؟
٨- لماذا يحدث يرقان (أبو صفار) عند بعض المصابين بحصيات مرارية ، ولا يحدث عند البعض الأخر ؟
٩- ماذا يعني التهاب المرارة الحاد ؟
١٠- هل يمكن حدوث التهاب حاد في مرارة غير محصاة ؟
١١- ما هي الأعراض والعلامات التي تحدث في التهاب المرارة الحاد ؟
١٢- هل كل مريض لديه هذه الأعراض يكون مصاباً بالتهاب مرارة حاد ؟
١٣- هل يمكن حدوث مضاعفات نتيجة الإصابة بالتهاب المرارة الحاد؟
١٤- متى يقال أنه قد حدث التهاب حاد بالقنوات الصفراوية وما هي أعراضه ؟
١٥- هل كل يرقان انسدادي هو حالة جراحية، أي تستلزم التداخل الجراحي ؟
١٦- ماذا يقصد بكلمة التهاب المرارة المزمن ؟
١٧- كيف يتم اختيار علاج الأمراض المرارية ؟
١٨- ما هي الحالات التي تستدعي التدبير الداخلي ؟؟ وما هي خياراته ؟
١٩- ما هو العلاج الجراحي التقليدي لحصيات المرارة
٢٠- ماذا يقصد بالجراحة الانتخابية .Elective Surg ؟
٢١- متى يحتاج المريض إلى جراحة اسعافية ؟
٢٢- ما هي العمليات الجراحية التقليدية التي تجرى في حالة حصيات المرارة ؟
٢٣- هل هناك اختلاطات من العمل الجراحي أو بعده ؟
٢٤- ما هو تاريخ الجراحة التنظيرية لاستئصال المرارة المحصاة ؟
٢٥- ما هي الفروق بين الجراحة التنظيرية لاستئصال المرارة والجراحة التقليدية ؟
٢٦- إذا كانت هذه هي المزايا، فهل هناك بعض السيئات لهذه التقنية ؟
٢٧- هل توجد إحصاءات تدل على نتائج الجراحة التنظيرية ؟
٢٨- لماذا يضطر الجراح أحيانا لفتح البطن أثناء الجاحة التنظيرية ؟
٢٩- ماهي العناية الواجب تقديمها للمريض بعد استئصال المرارة تنظيرياً ؟
٣٠- ماهو سبب بقاء بعض الآلام وبعض المظاهر البطنية الأخرى عند بعض المرضى بعد استئصال المرارة ؟
٣١- كيف تتكون حصيات القناة الجامعة ؟
٣٢- كيف يؤكد تشخيص وجود حصيات في القناة الجامعة ؟
٣٣- كيف يتم تدبير وعلاج حصيات القناة الجامعة ؟
٣٤- كيف يصل الطبيب إلى تشخيص أكيد لالتهاب المرارة الحاد ؟
٣٥- إذا ثبت تشخيص التهاب المرارة الحاد فكيف تعالج ؟
٣٦- كيف يشخص الطبيب التهاب القنوات الصفراوية الحاد ؟
٣٧- كيف يعالج التهاب القنوا
٣٨- ما هي أورام الجهاز المر
٣٩- ما الأعراض في حال
المراري ؟
٤٠- كيف يمكن تشخيص أور
٤١- هل هناك علاج لأورام ال



دار المعارف بحمص
ص.ب ١٤٩ ـ هاتف ٢٢٣١٨٤